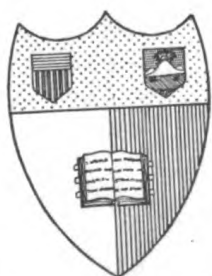


The da
To m
- 24



Cornell University Library
Ithaca, New York

BOUGHT WITH THE INCOME OF THE
SAGE ENDOWMENT FUND

THE GIFT OF
HENRY W. SAGE

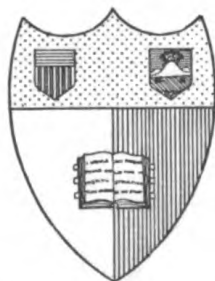
1891

The date shows when this volume was taken.

To renew this



RC
321
A11
v.60



Cornell University Library
Ithaca, New York

BOUGHT WITH THE INCOME OF THE
SAGE ENDOWMENT FUND

THE GIFT OF
HENRY W. SAGE

1891

The date shows when this volume was taken.

To renew this

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY



3 1924 106 280 773

ARCHIV
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
NERVENKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. G. ANTÖN, DR. O. BINSWANGER, DR. K. BONHOEFFER,
Professor in Halle. Professor in Jena. Professor in Berlin.

DR. A. HOCHÉ, DR. E. MEYER, DR. C. MOELL,
Professor in Freiburg i.B. Professor in Königsberg. Professor in Berlin.

DR. J. RAECKE, DR. E. SCHULTZE, DR. E. SIEMERLING,
Professor in Frankfurt a.M. Professor in Göttingen. Professor in Kiel.

DR. A. WESTPHAL, DR. R. WOLLENBERG,
Professor in Bonn. Professor in Marburg.

REDIGIERT VON **E. SIEMERLING.**

60. BAND.

MIT 1 BILDNIS UND 10 TAFELN

BERLIN 1919.
VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.
NW. UNTER DEN LINDEN 65.

ARCHIV
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
NERVENKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. G. ANTON, DR. O. BINSWANGER, DR. K. BONHOEFFER,
Professor in Halle. Professor in Jena. Professor in Berlin.

DR. A. HOCHÉ, DR. E. MEYER, DR. C. MOELI,
Professor in Freiburg i. B. Professor in Königsberg. Professor in Berlin.

DR. J. RAECKE, DR. E. SCHULTZE, DR. E. SIEMERLING,
Professor in Frankfurt a. M. Professor in Göttingen. Professor in Kiel.

DR. A. WESTPHAL, DR. R. WOLLENBERG,
Professor in Bonn. Professor in Marburg.

REDIGIERT VON E. SIEMERLING.

60. BAND. 2./3. HEFT.

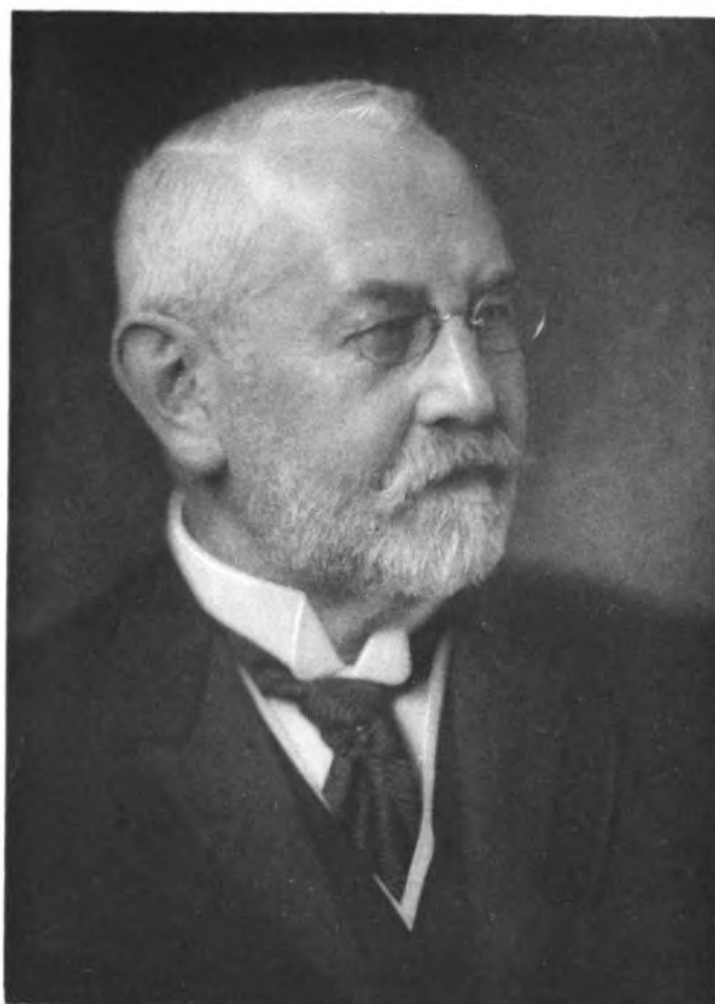
Festschrift,

Herrn Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. C. Moeli gewidmet.

MIT 1 BILDNIS UND 8 TAFELN.

BERLIN 1919.
VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.
NW. UNTER DEN LINDEN 68.

Festschrift
Herrn
Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. C. Moeli
zu seinem
70. Geburtstage
gewidmet von
seinen Freunden, Schülern und Verehrern.



C. Moeli

Hochverehrter Herr Geheimrat!

Zu Ihrem 70. Geburtstag haben sich die Freunde, Schüler und Verehrer vereinigt, um Ihnen in Gestalt einer Festschrift die herzlichen Wünsche zum Ausdruck zu bringen, die uns alle beseelen.

Wenn Sie am heutigen Tage auf die Jahrzehnte freudigen und unermüdlichen Schaffens zurückblicken, die hinter Ihnen liegen, so werden Sie mit Befriedigung feststellen können, dass Ihre klinischen und anatomischen Arbeiten eine wesentliche und dauernde Bereicherung unserer diagnostischen und symptomatologischen Kenntnisse bilden.

Dass die gerichtliche Psychiatrie heute eine würdige Schwester der anatomischen und klinischen Forschung und eine selbständige Teildisziplin unserer Wissenschaft geworden ist — dass der Sachverständige vor Gericht die seiner Bedeutung entsprechende Stellung einnimmt —, dass insbesondere der Jurist und Mediziner sich sowohl im Gerichtssaal, wie auch bei wissenschaftlichen Diskussionen besser verstehen gelernt haben und gemeinsam an dem grossen Problem der Verbrechensbekämpfung arbeiten —, auch dazu haben Sie als Vorkämpfer in Wort und Schrift beigetragen, und wo über diese Fragen ein Meinungsaustausch stattfand, insbesondere damals, als es galt, an die bestehenden Gesetze die bessernde Hand anzulegen, da waren wiederum Sie es, der seine reichen Erfahrungen in den Dienst der Sache stellte und dabei das Erreichbare vom Wünschenswerten weise zu trennen wusste.

So haben Sie Ihr Leben lang unserer Wissenschaft gedient, als Forscher und akademischer Lehrer sowohl, wie dadurch, dass Sie das Verständnis für psychiatrisches Denken und für die sozialen Seiten unserer Wissenschaft in der Öffentlichkeit unermüdlich förderten.

Es war selbstverständlich, dass die Selbstverwaltungsbehörde und der Preussische Staat sich Ihre wertvolle Arbeitskraft sicherten. Sie wurden Direktor der Anstalt Herzberge, Referent für die psychiatrischen Fragen im Ministerium des Innern, und viele Provinzialverbände und Städte holten ihren Rat bei der Errichtung neuer Anstalten ein.

Die schönste Anerkennung Ihrer Fachgenossen aber wurde Ihnen dadurch zuteil, dass der Deutsche Verein für Psychiatrie Sie vor mehr

VIII

als 15 Jahren zu seinem Vorsitzenden ernannte, und dass seitdem dieses wichtige Amt in Ihren Händen blieb.

Wir, die Ihnen als Freunde oder Schüler näher treten durften, wissen, dass Sie, ohne Worte zu machen, geholfen haben, wo es not tat, dass Sie uns als Lehrer viel Anregungen zuteil werden liessen, die für unser gesamtes weiteres wissenschaftliches Denken richtunggebend waren, und dass Sie als Vorgesetzter Ihren Untergebenen stets das grösste Wohlwollen entgegengebracht haben.

Für alles das möchten wir Ihnen durch diese Festschrift danken und zwei Wünsche hinzufügen, nämlich einmal den, dass in der zukünftigen Irrengesetzgebung die Gedanken verwirklicht werden mögen, die Sie seit vielen Jahren vertreten haben. Das würde eine Krönung Ihres Lebenswerkes bedeuten.

Unser zweiter Wunsch geht dahin, dass Ihnen noch viele Jahre fröhlicher wissenschaftlicher Arbeit an der Seite Ihrer treuen Lebensgefährtin beschert sein mögen.

Bonn. im April 1919.

A. Hübner.

Inhalt.

Heft I. (Ausgegeben im März 1919.)

Seite

- I. Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt a. M. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sioli).
Walther Riese, Dr.: Rückenmarksveränderungen eines Paralytikers. (Hierzu Tafeln I und II.) 1
- II. Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Meyer) u dem Kgl. Festungshilfslazarett I (Chefarzt: Oberstabsarzt Dr. Eckermann).
Frieda Reichmann, Dr. med. und Eduard Reichau, Taubstummenlehrer: Zur Uebungsbehandlung der Aphasien 8
- III. Aus dem pathologischen Institut der Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beneke).
Neste, Dr., Die Beziehungen des Status thymico-lymphaticus zum Selbstmord von Soldaten 43
- IV. **Harry Marcuse, Dr. (Herzberge), Stabsarzt d. R.,** zurzeit im Felde:
 Aufsätze zur energetischen Psychologie. (Schluss.) 72
- V. **Harald Siebert, Dr.,** Nervenarzt und leitendem Arzt der psychiatrischen Abteilung am Stadtkrankenhaus in Libau: Hysterische Dämmerzustände 153
- VI. **Ernst Herzig, Dr. (Wien-Steinhof):** Ueber Krankheitseinsicht 180
- VII. **S. Galant, Dr. (Bern-Belp):** Suggestion und psychische Infektion 208
- VIII. **Friederich Kanngiesser:** Zur Pathographie des Immanuel Kant 219
- IX. **W. Heinicke, Medizinalrat Dr.,** Sächsische Heil- und Pflegeanstalt Waldheim, früher leitender Arzt der Nervenstation des Res.-Lazarets I Bautzen: Zur Kasuistik kriegshysterischer Störungen 223
- X. **Albert Knapp, Dr.,** fr. Direktor und Privatdozent, z. Z. Kommandanturarzt: Sprachstörungen bei Epilepsie 226

XI. Aus der psychiatrischen Nervenlinik Rostock-Gehlsheim (Direktor: Prof. Dr. Kleist).	
Gottfried Ewald , Dr. med., Assistent der psychiatrischen und Nervenlinik Rostock-Gehlsheim: Untersuchungen über fermentative Vorgänge im Verlaufe der endogenen Verblödungsprozesse vermittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens, und über die differentialdiagnostische und forensische Verwertbarkeit der Methode in der Psychiatrie	248
XII. J. Raecke , Prof. Dr. (Frankfurt a. M.): Zur Abwehr	282
XIII. 21. Versammlung (Kriegstagung) mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Leipzig am 27. Oktober 1918. (Offizieller Bericht.)	287
XIV. 43. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte am 25. und 26. Mai 1918 in Baden-Baden	307
XV. Ludwig Edinger †	351
XVI. Korbinian Brodman †	354
XVII. Referate: M. Reichardt , Allgemeine und spezielle Psychiatrie. — H. Schrottenbach , Studien über den Hirnprolaps. — E. Kraepelin , Hundert Jahre Psychiatrie. — K. Marbo , Fortschritte der Psychologie und ihrer Anwendungen. — L. Kaplan , Hypnotismus. — P. Schilder , Wahn und Erkenntnis. — S. Hens , Phantasieprüfung. — C. v. Economo , Encephalitis lethargica. — R. Gaupp , Psychologie des Kindes. — R. Becker , Die jüdische Nervosität. — G. Schlömer , Leitfaden der klinischen Psychiatrie. — Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik in Würzburg. — A. Wimmer , Psychiatrisch-Neurologische Untersuchungsverfahren. — Zeitschrift für Militärrecht	357

Heft II und III. (Ausgegeben im Mai 1919.)

Festschrift, Herrn Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. C. Moeli gewidmet.

XVIII. A. Westphal (Bonn): Ueber doppelseitige Athetose und verwandte Krankheitszustände („striäres Syndrom“). Ein Beitrag zur Lehre von den Linsenkernkrankungen. (Mit 17 Textfiguren.)	361
XIX. Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn. (Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Westphal.)	
F. Sioli , Dr.: Die <i>Spirochaete pallida</i> bei der progressiven Paralyse. (Hierzu Tafeln III—VII.)	401
XX. E. Meyer (Königsberg i. Pr.): Einwirkung äusserer Ereignisse auf psychogene Dämmerzustände	465
XXI. Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meyer.)	
Max Kastan , Priv.-Doz. Dr., I. Assistent der Klinik: Beitrag zur Kenntnis der mit Erhöhung der Rigidität der Muskeln einhergehenden erworbenen Krankheiten des Nervensystems (Pseudosklerose). (Mit 7 Textfig.)	477

Inhalt.

XI

Seite

XXII. J. Raeeke, Prof. Dr. (Frankfurt a. M.): Ueber Aggravation und Simulation geistiger Störung.	521
XXIII. Mönkemöller, Dr. (Langenhagen): Die Simulation psychischer Krankheitszustände in militärforensischer Beziehung	604
XXIV. Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Charité in Berlin. K. Bonhoeffer: Einige Schlussfolgerungen aus der psychiatrischen Krankenbewegung während des Krieges	721
XXV. Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meyer.) Franz Pfabel, approb. Arzt: Zwei Fälle von Haarausfall nach Kopfschussverletzung	729
XXVI. Ernst Schultze (Göttingen): Die Gewerbesteuerpflicht der Privatreirrenanstalten. Ein Gutachten	742
XXVII. A. Westphal: Ueber eigenartige Einschlüsse in den Ganglienzellen (Corpora amylacea) bei einem Falle von Myoklonus-Epilepsie. Vorläufige Mitteilung. (Hierzu Tafeln VIII—X.)	769
XXVIII. Aus der Klinik für psychisch und Nervenranke der Universität Bonn. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Westphal.) A. H. Hübner, Prof. Dr., Oberarzt der Klinik: Ueber die manisch-depressive Anlage und einige ihrer Ausläufer. I. Teil.	783
XXIX. Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meyer.) Curt Fürst, approb. Arzt: Ueber die Abnahme des Alkoholismus an der psychiatrischen und Nervenlinik zu Königsberg i. Pr. während des Krieges	861
XXX. Aus der psychiatrischen und Nervenlinik zu Kiel. E. Siemerling: Beitrag zur Verantwortlichkeit des Irrenarztes	877

I.

Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt a. M.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sioli).

Rückenmarksveränderungen eines Paralytikers.

Von

Dr. Walther Riese.

(Hierzu Tafeln I und II.)

Die Eltern des Kranken, um den es sich handelt, sind nach den Angaben der Frau im hohen Alter gestorben. Geschwister hat er nicht. Seit 1909 ist er verheiratet, aus der Ehe ist kein Kind hervorgegangen. Er ist jetzt 43 Jahre alt. Geschlechtskrankheit vor der Ehe wird zugegeben. Anfangs besteht ein gedeihliches Zusammenleben mit der Frau; bald fängt der Mann an zu trinken, wird roh und gewalttätig, bedroht die Frau, sucht Bordelle auf, begeht schliesslich ganz sinnlose Handlungen: nimmt die Fensterscheiben heraus, steckt vor dem Ofen Holz an, weil es ihn friert, zerkleinert immer Holz.

Er ist Kriegsteilnehmer gewesen. Wegen eines Augenleidens schwebt ein Entlassungsverfahren. Er wird am 18. 2. 1917 in zweifellos angetrunkenem Zustande durch die Rettungswache aus der Wohnung in die Klinik eingeliefert; bei der Aufnahme begrüsst er den Arzt in euphorischer Weise mit lallender Sprache mit den Worten: „Ich begrüsse Sie im Namen des deutschen Reiches!“ Er riecht stark nach Alkohol. Kurze Zeit nach der Aufnahme wird eine Exploration des Kranken vorgenommen, während welcher er u. a. folgendes produziert: „Mein Grossvater war ein Raubritter. Die ganzen Schlösser hat er kaput gemacht, und wenn jemand Geld haben wollte, hat er ihm mit Salz in den Arsch geschossen, dass er 14 Tage im kalten Wasser sitzen musste. . . Ich habe heute 20 Kognak und ein Schöppchen Bier getrunken, und 10 Zigarren, dann habe ich in meinem Lokal (Pat. ist von Beruf Gastwirt) den Ofen angemacht, habe einen Gummischlauch genommen und habe die Wände, die Bilder und den Boden nass gemacht, dann habe ich einen Schrubber genommen . . . und sauber geputzt . . . Meine Frau ist närrisch geworden, weil ich in der Ankergasse eine Berlinerin gevögelt habe und habe die goldene Uhr und zwei 20 Markstücke in Nr. 4 dem Mädchen geschenkt. Ich habe sie dafür von hinten und von vorne gevögelt. Wie ich heimgekommen bin, habe ich es der Frau erzählt, und da ist die Frau hingegangen, und meine Frau hat 5 Mark bezahlen müssen, weil ich in den Hausgang gepisst habe . . . “

Archiv f. Psychiatric. Bd. 60. Heft 1.

An beiden Augen besteht eine Trübung im Pupillarbereich und Kolobom; die Beweglichkeit der Iris ist beiderseits aufgehoben; Patellarreflexe sind beiderseits von normaler Stärke, Achillessehnenreflexe nicht auszulösen. Zunge wird gerade herausgestreckt und zeigt leichtes Zittern, ebenso die gespreizten Finger. Bei offenen Augen ist der Gang etwas schleudernd, bei geschlossenen Augen unsicher. Sensibilität am Körperstamm und an den Armen intakt, an den Beinen ist das Unterscheidungsvermögen für spitz und stumpf aufgehoben, die Schmerzempfindung stark herabgesetzt.

Da auch nach Abklingen des akuten Alkoholrausches der ethische Defekt, eine erhebliche Urteilsschwäche und deutliche artikulatorische Sprachstörung und Schriftstörungen bestehen bleiben, lenkt sich der Verdacht auf progressive Paralyse. Tatsächlich ist die Wassermann'sche Reaktion sowohl im Blut wie im Liquor positiv, ausserdem besteht im Liquor erhöhter Eiweissgehalt und eine mässige Lymphozytose.

Der weitere Verlauf der Erkrankung gestaltet sich folgendermassen: Er ist meist unruhig und erregt, neigt zu Gewalttätigkeiten gegen das Pflegepersonal, lässt Kot und Urin unter sich, entweicht einmal aus der Klinik, wird aber am nächsten Tage von der Rettungswache in ängstlich-verwirrtem Zustande wiedergebracht und schliesslich gegen ärztlichen Rat am 16. 5. 1917 von der Frau abgeholt. Am 2. 6. schon muss ihn die Frau wiederbringen, weil er zu Hause dauernd erregt ist, Feuer ansteckt, alles aufbricht. Jetzt beginnt er sichtlich zu verfallen, die motorische Erregung aber besteht fort bis kurz vor dem am 25. 7. erfolgenden Exitus letalis.

Der Sektionsbefund am Gehirn ergibt makroskopisch den für Paralyse gewöhnlichen Befund: Die Pia ist getrübt und verdickt, die Hirnwindungen sind abgeplattet und verschmälert. Beim Herausnehmen des Gehirns entleert sich reichlich Flüssigkeit. Histologisch offenbart sich die Verdickung der Pia als mächtige Zellinfiltration, namentlich auch der Gefässe; Plasmazellen und Lymphozyten beherrschen das Bild. Auch in der Rinde wird die charakteristische Gefässinfiltration nicht vermisst, daneben trifft man auf Endothelkernwucherungen, progressive Gliawucherungen, chronische Ganglienzellerkrankung, degenerierte Plasmazellen, Stäbchenzellen, diffusen Markfaserschwund. Auf diese Weise wird also die schon intra vitam gestellte Diagnose bestätigt.

Im Rückenmark finden sich auf Markscheidenbildern folgende Veränderungen: Lichtungen im Bereiche der Hinterstränge, namentlich zu beiden Seiten des Sulcus long. post. und längs der ganzen Peripherie des Rückenmarkes bis an die Fissura long ant. heran; stellenweise auch Andeutung von Degenerationen der Vorderstränge und Pyramidenbahnen. Diese Erscheinung kehrt mit geringen und nebensächlichen Variationen auf verschiedenen Höhenbildern wieder. Abgesehen nun und völlig unabhängig von diesen bei der Paralyse längst beschriebenen und nicht ungewöhnlichen Veränderungen ausgesprochen systematischen Charakters

treten auf drei Präparaten, die dem Brustmark entstammen, plötzlich Herde auf, die völlig entfärbt, von der Umgebung scharf abgegrenzt sind, fast ausschliesslich die weisse Substanz befallen und ohne jede Beziehung zur Gliederung derselben zu stehen scheinen. (Fig. 1, Taf. I.) Sie haben die mannigfaltigste Gestalt: oval, keilförmig, vom Rande aus hineinragend, bohnen- oder nierenförmig, bei schwacher Vergrösserung scheint die Markhülle am Rande der Herde wie abgeschnitten; aber bei stärkerer Vergrösserung kann man feststellen, dass der Uebergang der gefärbten in die ungefärbte Substanz mehr allmählich stattfindet, unter Bröckelung und Klumpung des Myelins; vereinzelt erblickt man auch noch in den ungefärbten Herden Reste stehengebliebener, gefärbter Markhüllen (Fig. 2, 3, Taf. I.)

Elektivfärbungen dieser Herde in anderer Richtung namentlich die in diesem Falle so wichtige Darstellung der Axenzylinder haben leider nicht vorgenommen werden können, da sich diese drei marklosen Herde gleich im ersten Block gefunden haben, der in Bearbeitung genommen worden ist und zunächst nur mit der Spielmeyer'schen Methode auf Markfasern hat gefärbt werden sollen. Trotz intensiven Suchens haben in anderen Teilen des Zentralnervensystems keine derartigen fleckförmigen Herde mehr ausfindig gemacht werden können. Bei der Deutung dieses merkwürdigen Befundes kann es sich also im Hinblick auf die Einseitigkeit des histologischen Bildes nur um eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose handeln. Fleckförmiger Schwund von Markfasern im Rückenmark ist an sich wohl schon lange bekannt. Jedenfalls weiss Haenel¹⁾ schon auf Arbeiten aus der älteren Literatur hinzuweisen, in denen fleckweise auftretende, systemlose Degenerationen der Markfasern beschrieben werden. Von den Befunden der zitierten Autoren scheint sich aber nur der von Brasch²⁾ mitgeteilte, unter dem Bilde der tabischen Paralyse verlaufende Fall von Syphilis des Zentralnervensystems mit Sicherheit auf einen Fall von progressiver Paralyse zu beziehen. Haenel's eigene Beobachtung betrifft einen Fall, in welchem sich neben einer syphilitischen Meningitis der Gehirnbasis und des Rückenmarks, neben ausgebreitetem Faserschwund und einer Gliomatose der Grosshirnrinde, sowie mächtigen Ependymgranulationen in allen Ventrikeln in der Medulla oblongata und im Rückenmark zahlreiche herdförmige, den Systemen nirgends entsprechende Faserdegenerationen und Bildung von sklerotischen unregelmässigen kernarmen Plaques gefunden haben.

1) Beitrag zur Kenntnis der Syphilis des Zentralnervensystems. Arch. f. Psych. 1900. 33. Bd.

2) Neurol. Zentralbl. 1891. Nr. 16.

Es ist daher naheliegend, den herdförmigen Markfaserschwund der mitgeteilten Beobachtung in Zusammenhang zu bringen mit Befunden, die von Spielmeyer¹⁾ im Rückenmark eines Falles von sicherer progressiver Paralyse erhoben worden und von ihm als ungemein selten bezeichnet worden sind; im Gegensatz zu analogen Rindenherden, dem von ihm bezeichneten „kortikalen Markfrass“, in dem er sogar auf Grund der Häufigkeit seines Vorkommens u. a. ein wichtiges, anatomisches Charakteristikum der progressiven Paralyse erblicken will. Dieser kortikale Markfrass hat sich, wie schon betont, in der Rinde unseres mitgeteilten Falles nirgendwo erheben lassen; vielmehr gestaltet sich der zerebrale Markfaserausfall in unserem Falle nur nach dem bei Paralyse gewöhnlichen Bilde des diffusen, gleichmässigen Schwundes. Die Markscheidenbilder im Rückenmark indes scheinen eine völlige Identifizierung mit dem Spielmeyer'schen Falle zuzulassen; auch hier die gleichen Charakteristika der Herde wie bei Spielmeyer: regellos, von Fasersystemen unabhängig, scharf begrenzt, „die an die Herdgrenze heranziehenden Fasern erscheinen wie abgeschnitten“; sekundäre Degenerationen treten im Gefolge der Herde nicht auf, das Querschnittsbild des Rückenmarks wird nirgends im Sinne einer solchen sekundären Degeneration verändert gefunden. Auch andere, in den verschiedensten Höhen vorgenommene, spezifische Färbungen lassen in der Substanz des Rückenmarks keine Veränderungen entdecken, die mit den fleckförmigen Herden in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden könnten.

Die zweite Reihe von pathologischen Veränderungen des Rückenmarks, die unser Fall bietet, spielt sich am mesodermalen Gewebe ab, d. h. an der Pia und der Wand der Blutgefässe. Die Pia weist allseitig eine recht erhebliche Verdickung auf, die sich bei genauerer Analyse als zelliger und bindegewebiger Natur erweist. Der zellige Anteil wird durch eine Infiltration von morphologischen Elementen dargestellt, die sich bei spezifischen Färbungen als Lymphozyten und Plasmazellen offenbaren. Neben diesen meningitischen Veränderungen und unabhängig von ihnen treten zellige Infiltrate auf, die an gummöse Bildungen erinnern. Diese zelligen Infiltrate der Pia scheinen zwei Typen zu folgen: einmal besteht eine mehr diffuse, gleichmässige Durchsetzung der weichen Haut des Rückenmarks mit Zellen lymphozytärer Natur. Andererseits können Bilder beobachtet werden, bei denen man von ausgesprochen umschriebenen, scharf begrenzten Infiltrationen zu sprechen gezwungen ist. Auf diese Weise kommen allerhand Variationen zu-

1) Ueber einige anatomische Aehnlichkeiten zwischen progressiver Paralyse und multipler Sklerose. Orig. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910.

stande: perivaskuläre Infiltrate, herdförmige irgendwo in der Pia, herdförmige Zellwucherungen in einer Wurzel von nicht ganz gleichmäßigem Charakter dergestalt, dass die etwa kreisförmige Wurzel nur auf der einen Hälfte von einer nennenswerten Infiltration durchsetzt ist, während im übrigen der Peripherie entlang ein Saum von Zellen gewuchert ist; Infiltrationen, die sich mitten in der Achse einer Wurzel ausgebildet haben; lehrreich und interessant sind auch jene Bilder endlich, bei denen ein scharf gegen die Umgebung abgesetztes, zelliges Infiltrat eine Wandung des Gefässes geradezu in das Lumen vorbuchtet. (Fig. 4—6, Taf. I u. II.) Riesenzellen haben sich nirgends gefunden. Was die Veränderung der Gefässe anbetrifft, so darf mit vollem Rechte von einer Endarteriitis obliterans gesprochen werden, jener Erkrankung mittlerer und grosser arterieller Gefässe, die von Heubner zuerst beschrieben, und von ihm — wenn auch nicht mit vollem Rechte — als charakteristisch für den syphiligen Charakter der jeweiligen Erkrankung bezeichnet worden ist. Jedenfalls sind wir imstande, an unserem Falle die typischen und charakteristischen Veränderungen solcher erkrankten Gefässe nachzuweisen. In allen Höhen des Rückenmarks haben sich diese Gefässveränderungen ausfindig machen lassen. Sie bestehen in einer Wucherung der Intima, die stellenweise von einer solchen Mächtigkeit ist, dass es fast zu völliger Verlegung des Lumens, zu einem Gefässverschluss gekommen ist. Daneben besteht jene Aufsplitterung der Membrana elastica in mehrere Lamellen, die den Weigert'schen Resorzin-Fuchsin-Präparaten ein so charakteristisches Gepräge gibt. Die Intimawucherung ist übrigens nicht stets gleichmässig, oft vielmehr lassen Querschnittsbilder der erkrankten Gefässe deutlich erkennen, dass eine Seite der Gefässwandung von der Verdickung bevorzugt ist.

Wie sind nun die erhobenen Befunde zu bewerten?

Diffuse Infiltrationen der Meningen und der adventitiellen Lymphräume mit Plasmazellen und lymphozytären Elementen gehören auch im paralytischen Rückenmark zu charakteristischen, wenn auch im Gegensatz zum Grosshirn keineswegs häufigen Befunden (Schroeder, E. Meyer). In solchen Infiltrationen kann zunächst ebensowenig wie in unseren diffusen und herdförmigen Infiltraten an sich schon etwas spezifisches erblickt werden. In diesem Zusammenhange darf vielleicht auch erwähnt werden, dass sich in unserem Falle weder im Dunkelfeld noch im Schnittpräparat von Hirn und Rückenmark, die nach Jahnke's¹⁾ Methode gefärbt worden sind, Spirochäten gefunden haben. Wenn man

1) Studien über die progressive Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 56. H. 3. Bd. 57. H. 2 u. 3.

sich nun aber vor Augen hält, dass jene Infiltrationen der spinalen Pia zur Beobachtung gelangt sind bei einem Fall, dessen klinischer Verlauf, sowie körperliche und psychische Symptome, dessen anatomische Hirnveränderung keinen Zweifel an dem paralytischen Charakter der Erkrankung aufkommen lassen, so wird man jene spinalen Infiltrationen in Zusammenhang mit den arteriitischen Veränderungen unschwer als spezifisch luische deuten dürfen. Ueber das Vorkommen solcher gummösen Veränderungen im Rückenmark von Paralytikern hat meines Wissens bisher nur O. Fischer¹⁾ berichtet, der Präparate hierhergehöriger Fälle hat demonstrieren können. Bei der systematischen Untersuchung von 14 Rückenmarken haben sich in 4 Fällen Veränderungen finden lassen, die Fischer nicht zögert, als gumminöse zu bezeichnen und sie in Parallele zu setzen zu den milliaren Gummen Straeussler's, die in etwa 4 pCt. der paralytischen Gehirne vorkommen.

Endlich sei noch einer merkwürdigen Veränderung gedacht, die sich nur an einer einzigen Stelle des unteren Brustmarkes im Nissl'schen Zellpräparat gefunden hat, und deren Deutung durch das Fehlen von Serienschnitten erschwert ist. Mitten im Lumen eines pialen Gefäßes von mittlerem Kaliber, das im Querschnitt getroffen ist, liegt ein rundliches Gebilde von jener blassblauen Farbe, mit der sich der Untergrund des ganzen Präparates tingiert hat, mit reichlichen, dunkelgefärbten, vorwiegend länglichen Kernen, ein Gebilde, das allseitig von der Gefäßwand abzugrenzen ist und selbst im Innern einen lumenartigen Spalt besitzt. (Fig. 7, Taf. II.) Diese Neubildung imponiert zunächst als thrombusartiger oder mit Thrombenbildung in Zusammenhang stehender Körper, und mit Bestimmtheit darf man eine derartige Annahme an der Hand eines einzigen Präparates wohl kaum zurückweisen. Indessen hat Cerletti²⁾ bei seinen Studien über scheinbare intravasale Gefäßneubildung ähnliche Bilder gesehen und andere Erklärungsmöglichkeiten aufgezeigt. Er bringt sie in Zusammenhang mit einer Loslösung der Endothelwand, deren Entstehungsmechanismus auf Grund krankhafter, agonaler, kadaveröser Vorgänge und der von den Fixierungsflüssigkeiten ausgeübten Wirkung allerdings unentschieden bleiben muss. Daneben hat aber Cerletti ähnliche Bildungen offenbar anderer Genese beobachtet, deren Deutung weitaus schwieriger ist als in Fällen von Loslösung der Endothelwand; oft lässt sich selbst durch Untersuchung von Serienschnitten eine befriedigende Erklärung nicht geben. Dahin gehört auch eine Beobachtung, die mit unserer eigenen (nach Cerletti's

1) Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1914.

2) Histologische und histopathologische Arbeiten. Jena 1911.

Photographie) eine auffällige Aehnlichkeit zu besitzen scheint, und die Cerletti durch Einstülpung (Invagination) des Gefäßes in einen weiteren Teil desselben Gefäßes bis zu einem gewissen Grade erklären zu können glaubt.

Wirft man endlich über die wichtigsten Befunde, die dieser Fall zu erheben gestattet, einen zusammenfassenden Ueberblick, so bietet er folgendes:

1. fleckförmigen Markfaserschwind im paralytischen Rückenmark;
2. gummöse Neubildungen in der Pia; endarteriitische Veränderungen,
3. wahrscheinlich sogenannte scheinbare intravasale Gefäßneubildung.

Es taucht die Frage auf: bestehen Beziehungen zwischen den fleckförmigen marklosen Herden einerseits und den tertiär-luetischen oder endarteriitischen Veränderungen andererseits? Insbesondere ist zu erwägen, ob sich zwischen Gefäßveränderungen und fleckförmigem Markfaserschwind eine kausale Brücke schlagen lässt. Es ist nicht einzusehen, warum derartige ursächliche Beziehungen nicht statthaben sollten. Die Spielmeyer'sche Beobachtung lässt sich in dieser Hinsicht nicht als Vergleichsobjekt heranziehen, da bei ihr endarteriitische und tertiär-luetische Veränderungen vermisst werden.

Allerdings ist auch denkbar, dass bei der progressiven Paralyse fleckförmige Markausfälle verschiedener Genese auftreten.

II.

Aus der Kgl. Psychiatrischen u. Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Meyer) u. dem Kgl. Festungshilfslazarett I (Chefarzt: Oberstabsarzt Dr. Eckermann).

Zur Uebungsbehandlung der Aphasien.

Von

Dr. med. **Frieda Reichmann** und Taubstummenlehrer **Eduard Reichau**¹⁾.

Fröschels weist in einer seiner Arbeiten über die Behandlung der Aphasien¹⁾ auf die grosse Bedeutung hin, welche der Therapie der Sprachstörungen für ihre theoretische Erkenntnis zukomme. Unter diesem Gesichtspunkt bringen wir im Folgenden einige Erfahrungen aus unserer Uebungsschule für sprachgeschädigte Hirnverletzte mit den theoretischen Ueberlegungen und Problemstellungen, zu welchen sie uns anregen.

Jedem Untersucher sind die Besserungen zentraler Ausfallserscheinungen, insbesondere aphasischer Symptome bekannt, welche bei überhaupt rückbildungsfähigen Fällen schon nach eingehenden klinischen und psychologischen Untersuchungen beobachtet werden können. Die Untersuchung wirkt hier als Uebungsbehandlung. Von dieser Erfahrung ausgehend, hat schon Broca die Hoffnung auf eine Heilbarkeit der motorischen Aphasien durch pädagogische Behandlung ausgesprochen; auch sind von den älteren Autoren verschiedentlich übungstherapeutische Versuche gemacht worden.

Eine bewusste „heilpädagogische Psychotherapie“ der aphasischen Symptome²⁾ ist jedoch im Frieden nur von wenigen Autoren angeregt und durchgeführt worden, in Deutschland zuerst 1877 von Kussmaul³⁾,

1) Die Arbeit ist im März 1918 abgeschlossen und im Mai 1918 eingesandt worden. Die seither erschienene Literatur konnte also nicht berücksichtigt werden.

2) Ueber die Behandlung der Aphasie. Arch. f. Psych. Bd. 53.

3) Hartmann, Uebungsschulen für Gehirnrüppel. Münchener med. Wochenschr. 1915. Nr. 23. 1916. Nr. 12.

4) Die Störungen der Sprache. 1877.

der methodologische Uebungen von Lauten, Silben, Wörtern und Sätzen unter Beachtung der Mundstellung des Lehrers fordert, also dem Grundgedanken nach schon die auch heute in der Aphasiebehandlung angewandte optisch-taktile Methode des Taubstummenunterrichtes, von der weiter unten eingehender die Rede sein soll¹⁾. (Unbewusst haben in Taubstummenanstalten wohl schon lange vorher neben Taubstummen „Hörstumme“, d. h. also aphasische Kinder, auf optisch-taktilen Wege sprechen gelernt.) Eine Erweiterung der Kussmaul'schen Vorschläge findet sich bei Oppenheim²⁾ und Nemann³⁾; sie fordern eine Individualisierung des systematischen Sprach- und Schreibunterrichts je nach den Innervationswegen und Sinneseindrücken, für welche die Sprachzentren des betreffenden Kranken noch ansprechbar sind. Auf die Bedeutung des Schreibunterrichts bei der Behandlung der Sprachstörungen weist später Stadelmann besonders hin⁴⁾.

Grundlegende methodologische Bereicherung bedeutet die dann einsetzende Mitarbeit neurologisch geschulter Logopäden, vor allem Gutzmann's⁵⁾, später Fröschels⁶⁾ und Liebmann's⁷⁾. Beide Autoren ziehen die optisch-taktile Methodik des Taubstummenunterrichts in vollem Umfang zur Behandlung der motorischen Aphasien heran. Gutzmann lässt ferner als erster linkshändige Schreibübungen ausführen, ebenso wie später Berkhan⁸⁾, Fränkel⁹⁾, Bernhardt¹⁰⁾, Déjérine¹¹⁾, Fröschels.

1) Die von Kussmaul zitierten ausländischen Autoren Trousseau, Ramskill, ferner die bei Oppenheim zitierten einschlägigen Arbeiten von Danjou, Féré, Thomas und Roux, Mills u. a. konnten nicht berücksichtigt werden, da uns die einschlägige Literatur gegenwärtig nicht zugänglich ist.

2) Lehrbuch der Nervenkrankheiten.

3) Dissertation. 1884.

4) Therap. Mon.-Hefte. 1903. S. 251 ff.

5) a) Lehrb. d. Sprachhik. Berlin 1912. b) Penzoldt-Stintzing's Handbuch. 5. c) Zeitschr. f. physik. Therapie. 8. d) Arch. f. Psych. 20. 28. S. 354. e) Mon. f. ges. Sprachheilk. f) Zur Behandlung der Aphasie. Kongr. f. innere Med. Wiesbaden 1907. g) Berliner klin. Wochenschr. 1901. S. 28. 1916. Nr. 7.

6) Fröschels u. Siemon, Erfahrungen für die Ohrenheilkunde. 1911. Lehrb. d. Sprachheilk. Wien u. Leipzig 1913; Arch. f. Psych. Bd. 53. Bd. 56; Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1915; Wiener med. Wochenschr. 1915; Zentralbl. f. d. ges. Therapie. 1916.

7) Int. med. Mon.-Hefte. 1913.

8) Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache. 1899.

9) Arch. f. Psych. 1908. Bd. 43.

10) Virch. Arch. 1908.

11) Rev. neur. 1908.

Goldscheider¹⁾ und sein Schüler Bonge²⁾ bringen 1894 und 97 einige weitere Anregungen, wie die Bevorzugung des schwierigeren sinnlosen Sprachübungsmaterials vor dem sinnvollen, um eine begriffliche Ablenkung des Lernenden zu Gunsten der Konzentration auf den rein artikulatorischen und lautlichen Wert des Uebungsstoffes zu erzielen. Einen eingehenden kasuistischen Beitrag zur Uebungsbehandlung der Aphasien verdanken wir Mohr 1899³⁾. Froment und Monod⁴⁾ lehnen die optisch-taktile Methode ab und versuchen die Sprache auf dem Wege über das Lautklangbildzentrum zu erwecken, ohne die Aufmerksamkeit auf die artikulatorische Komponente zu lenken. Fröschels und Pick⁵⁾ haben sich wiederholt mit dieser Methode auseinandergesetzt: wir kommen darauf später zurück.

Alle bisher genannten Arbeiten beziehen sich fast ausschliesslich auf motorische Aphasien. Für die sensorischen Sprachstörungen galt nach den Friedenserfahrungen der Grundsatz, dass sie im allgemeinen leichter spontan rückbildungsfähig, aber der Uebungsbehandlung weniger zugänglich seien als die motorischen. Schon Bastian, später Heilbronner⁶⁾ u. a. weisen allerdings darauf hin, dass die scheinbare spontane Besserung der sensorischen Aphasien unter dem Einfluss des Unterrichts geschehe, welcher — wie wir schon weiter oben erwähnten — durch wiederholte Untersuchungen unwillkürlich erteilt wird. Auch wir selbst hielten in der ersten Zeit unserer übungstherapeutischen Versuche an dieser Auffassung fest.

Nur Gutzmann, Goldscheider und Fröschels⁷⁾ berichten kurz über systematische Behandlungsversuche ihrer Friedensfälle von sensorischer Aphasie.

Gutzmann und Goldscheider empfehlen Verwertung des Ablesens vom Munde und des Schriftbildes (event. phonetische Bilderfibeln), Fröschels einfache Wörterbücher mit Bildern.

Erst die Kriegsliteratur über Sprachübungsbehandlung berücksichtigt die sensorischen Aphasien häufiger. Die heilpädagogische Behandlung erfuhr ja bekanntlich in den Uebungsschulen der Hirnverletzten-Lazarette durch die gemeinsame Arbeit von Aerzten und Pädagogen an der grossen Zahl jugendlicher Sprachgestörter mit rüstigen Gehirnen eine viel grössere

1) Berl. klin. Wochenschr. 1891. Handb. d. physikal. Therapie.

2) Dissert. 1897. Berlin. J. Schade.

3) Arch. f. Psych. Bd. 39.

4) Lyon mée. 1914.

5) Arch. f. Psych. Bd. 56. S. 810.

6) a. a. O.

7) Berl. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 29. Arch. f. Psych. Bd. 58.

Bedeutung, als sie der Therapie der Friedensaphasien älterer Individuen mit zerebralen Allgemeinschädigungen zukommen konnte. Poppelreuter, Hartmann, Gutzmann, Goldstein, Fröschels, Aschaffenburg, Reichmann haben darüber wiederholt berichtet.

Von den ersten Mitteilungen aus der Uebungsschule Poppelreuter's¹⁾, in welcher die verloren gegangenen Sprachelemente motorisch und sensorisch Aphasischer „wie Vokabeln einer fremden Sprache“ mit Hilfe der Bild-, Schreib- und Leseeinprägung wieder erlernt werden sollten, bis zu den Anregungen Goldstein's und Poppelreuter's auf der Tagung der deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge im Februar 1916²⁾ und zur Einrichtung der siebenklassigen Uebungsschule des Kölner Kopfschussverletztenlazaretts mit ihren 12 Lehrkräften³⁾ hat die Uebungsbehandlung der Aphasien im Kriege eine weitgehende Entwicklung durchgemacht. Heute behandelt Poppelreuter die motorischen, sensorischen und psychogen geschädigten Sprachkranken in getrennten Klassen. Bei den motorischen Aphasien stehen Lautbildungsübungen, Nachsprechen, Rezitieren, bei den sensorischen Sprachstörungen eingehender Anschauungsunterricht im Vordergrund der Behandlung.

Die Forderung getrennten und je nach der Art der sorgfältig analysierten Sprachdefekte individualisierten Unterrichts ist jetzt Allgemeingut der Hirnverletztenschulen. Goldstein⁴⁾ trennt von den schweren motorischen Aphasien, die er wie Gutzmann und Poppelreuter behandelt sehen will, leichtere, bei denen Schnelligkeit und prompter Ablauf durch rasches Reihensprechen geübt werden sollen. Wortarmut und Agrammatismus sollen durch Lesen, Nacherzählen und Bilderbeschreiben, sensorische Störungen durch systematische Unterhaltungen gebessert werden, welche nach inhaltlichen Schwierigkeiten geordnet sind. Auf die weitgehende Heranziehung etwa erhaltener Schreib- und Lesefähigkeit wird in Uebereinstimmung mit den älteren Autoren hingewiesen. Auf diese, wie überhaupt auf die Mitverwertung aller erhaltenen Restfunktionen und aller Wege, auf welchen die jetzt ge-

1) Erf. und Anregung zu einer Kopfschuss-Invalidenfürsorge. Neuwied und Leipzig. Heuser's Verlag. — Münchener med. Wochenschr. 1915. Nr. 14. Arch. f. Psych. Bd. 56. (Wandervers. südwestdeutscher Neurol.)

2) Zeitschr. f. Krüppelfürs. 1916.

3) Psych. Schädigungen im Kriege 1914/16. Bd. 1. Leipzig, Leop. Voss. Vergl. dazu ferner Volk, Pädag. Ztg. 1916. Nr. 3.

4) Fortschr. d. Med. 1915/16. Nr. 22. — Münchener med. Wochenschr. 1916. Nr. 23. — Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1916. — Jahresber. f. Neur. u. Psych. Bd. 19.

schädigten Funktionen physiologischerweise erworben wurden, legt Aschaffenburg⁵⁾ besonderen Wert.

In gleicher Weise wie die letztgenannten Autoren handhaben auch wir die Uebungsbehandlung unserer sprachgeschädigten Hirnverletzten.

A. Behandlung der motorischen Aphasien.

Bei der Behandlung der motorischen Aphasien unterscheiden wir nach therapeutischen Gesichtspunkten drei Gruppen; dabei handelt es sich nicht um verschiedene Aphasieformen, sondern lediglich um verschiedene Stadien der Rückbildung.

1. Totale motorische Aphasien behandeln auch wir mit der optisch-taktilen Methode. Diese beruht bekanntlich darauf, dass die Sprache beim Ausfall der zentralen oder peripheren akustischen Ansprechbarkeit (Aphasie, Taubstummheit) der Sprachzentren mit Hilfe optischer und taktiler Lautbildungseindrücke neu entwickelt wird. Man zeigt dem Patienten die für jeden Laut charakteristische Mundstellung und lässt ihn die von der Sprechluft erzeugten Vibrationen mit der vorgelegten Hand am Kehlkopf bzw. vor dem Munde oder vor der Nase fühlen.

Der Patient wird nun aufgefordert, mit Hilfe eines Spiegels und der vor den eigenen Mund gehaltenen Hand die aufgenommenen optischen und taktilen Lauteindrücke unter ständiger Kontrolle und Hilfe des Lehrers so lange nachzuahmen, bis es ihm gelingt, den Laut zu bilden. Schliesslich muss er bei jedem Laut genau wissen, wie er die Sprachwerkzeuge einzustellen und den Luftstrom zu leiten hat. Durch diese Lautbildungsversuche werden dem Patienten selbst Artikulations- bzw. Innervationsgefühle im gesamten Sprachapparat bewusst gemacht, die beim normalen, akustisch sprechenden Individuum in der Regel rein reflektorische sind. Und diese Umbildung des von aussen zugeführten optischen oder taktilen Lauteindrucks zum eigenen kinästhetischen Eindruck ist sicher die zweite bedeutsame Komponente der optisch-taktilen Sprachbildungsmethode; denn nicht die bei der ersten Lautentwicklung an den Artikulationsorganen des Lehrers gewonnenen Tasteindrücke oder am Munde des Lehrers und im Spiegel empfangenen optischen Wahrnehmungen sind es letzten Endes, die der Patient schliesslich beim Sprechen verwendet; sondern die kinästhetischen Erinnerungsbilder, die sich mit jedem neu erlernten Laut verbinden, bilden die eigentliche Stütze der

1) Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. 11. Bd. H. 6. Halle 1916. Karl Marhold.

auf optisch-taktilen Wege erworbenen Sprache, wie etwa die akustischen Engramme bei normal sprechenden auditiv veranlagten Individuen.

Aufbauend auf die so entwickelten Laute werden dann Silben, Worte und Sätze gebildet, bis der Kranke wieder in den Besitz der Sprache gelangt ist.

Neben der Artikulation erfordern später die normale, sowie die stoffliche Seite der Sprachbildung grösste Aufmerksamkeit; mehr wohl die formale, da ja bekanntlich die Anwendung von Formworten bei Motorisch-aphasischen in der Regel auch dann noch gestört ist, wenn sich die Sprachfähigkeit für selbständige sinnvolle Worte schon leidlich restituiert hat.

II. Auch bei nicht totaler motorischer Aphasie, sondern partiell restituierten oder transkortikalen Formen, deren spontane Rückbildung ausbleibt, führten wir eine optisch-taktile Entwicklung aller Einzellaute durch.

Entgegen der Ansicht von Froment und Monod (siehe oben) nehmen wir also wie Fröschels an, dass die erhaltenen sprachlichen Erinnerungen bei solchen Kranken nicht stark genug sind, um durch blosses Vor- und Nachsprechen wieder zum vollen Anklingen gebracht zu werden. Sondern die sprachlichen Engramme bedürfen, um zu voller Deutlichkeit zu gelangen „des artikulatorischen Komplements“. Wir wenden deshalb heute bei allen Fällen von motorischer Aphasie prinzipiell die optisch-taktile Methode an.

Die ersten motorischen Aphasien unserer Uebungsschule teilten wir nach Pick's vermittelndem Standpunkt in akustisch (d. h. auf dem Wege des Vor- und Nachsprechens) behandlungsfähige Fälle, bei welchen die „Einstellung des akustischen auf den motorischen Apparat“ noch erhalten war, und in solche mit gestörtem akustisch-motorischem Mechanismus, die nur optisch-taktile Behandlung zugänglich sind. In der Praxis ergab sich uns aber bald die Erfahrung, dass in allen Fällen, wo noch Ausfallserscheinungen des zentralen sprachlichen Exekutivapparates bestanden, auch seine Abstimmung auf den akustisch perzipierten Sprachanteil in irgend einer Form gestört war, zum mindesten keine vollkommene Präzision und Sicherheit aufwies. Es fehlte deshalb die Merkfähigkeit für die im Wege der Vor- und Nachsprechens erlernten Laute, Worte oder Silben, so dass sprachliche Elemente, die in einer bestimmten Lautverbindung auf akustischen Wege eingeübt und richtig nachgebildet werden konnten, in jeder neuen Verbindung wieder neu erlernt werden mussten. Dadurch werden sehr häufige ermüdende übungstherapeutische Wiederholungen notwendig, die vom Kranken gleichwohl immer wieder als Neuerwerbungen empfunden wurden. Der scheinbare thera-

peutische Umweg über die optisch-taktile Methode führt deshalb schliesslich doch schneller und sicherer zum Ziele, als die theoretisch anscheinend einfachere akustische Methode.

Oft gelingt es z. B. auf diese Weise Kranke, die auf dem Wege des Vor- und Nachsprechens, Schreibens und Lesens usw. keine Fortschritte im Spontansprechen gemacht haben, dahin zu führen, dass sie Worte, die mit einem bereits optisch-taktil entwickelten Laut beginnen, spontan sprechen können, auch wenn die übrigen Laute des Wortes noch nicht optisch-taktil erlernt sind. Ohne diese optisch-taktile Stütze konnten sie die gleichen Worte zwar nachsprechen, aber auch nach wochenlanger Uebung nicht selbständig bilden. Dies Verhalten erinnert an das bei einzelnen Aphasieformen mit erhaltenem Reihensprechen bei gegebenem Anfangsgliede. Der Kranke kann die Reihe (hier das Wort), deren Einzelglieder er nicht zu bilden vermag, als Ganzes sprechen, wenn ihm das Anfangsglied (hier der erste Laut) gegeben ist.

In schweren Fällen motorischer Aphasie wird es sich nicht nur um eine Wiedererweckung vorhandener sprachlicher Engramme, sondern um eine vollständige sprachliche Neuentwicklung handeln; das beweist einer unserer Fälle, der als Gesunder einen bestimmten Dialekt (ostpreussisch Platt) sprach, durch Uebungsbehandlung die dialektfreie Schriftsprache vollständig wieder erlernte und dann nicht mehr im Stande war, den ihm doch vorher vertrauteren Dialekt zu sprechen.

A. G., Füsilier, 21 Jahre alt, Landarbeiter.

18. 4. 1916. Kopfschussverletzung. Hemiparese rechts. Sprachverlust.

5. 9. 1916. Aufnahme auf der Station für Kopfschussverletzte Festungslazarett I, Königsberg i. P.

Befund bei der Aufnahme:

Spontansprache: —.

Reihensprechen: —.

Gegenstände bezeichnen: —.

Gegenstände erkennen: +.

Nachsprechen: (Papa) „P — h — a — p — h — a“. (Garten) „ter — ter“. (Gartenhaus) „tero — ter“ spricht nicht weiter, doch empfindet er selbst, dass er eine Silbe zu wenig rhythmisiert habe. Ahmt weitere vorgesprochene Worte dem Stimmfall und der Silbenzahl nach richtig nach, bemerkt selbst, dass er sie falsch ausspricht.

Lesen:

Lautlesen: —.

Leiselesen: + (Kommt schriftlich an ihn gerichteten Aufforderungen nach).

Buchstaben erkennen: +.

Worte aus Buchstaben zusammensetzen: +.

Schreiben:

Spontanschrift: (Tag der Verwundung?) 18. A (sucht ratlos, obwohl er den Monat genau weiss). (Datum?) 6. Sete — September.

Diktat: (Die Sonne scheint). „Die Sonne schn schn warm“. (Meine Mühle). Das Mein Muhti.

Abschrift: +.

Sprachverständnis: Völlig intakt.

Einleitung der Uebungsbehandlung nach optisch-taktiler Methode.

15. 9. 1916. Patient spricht die Laute a, o, u, au, e, i, ei — p, b, m und die sinnvollen Lautverbindungen. Papa, Mama und ab.

10. 11. 1916. Spricht alle Laute und einfache Lautverbindungen (Vokale vor und nach Konsonanten ta to tu — at ot ut) und einfache Sätzchen, z. B. Ich bitte. Ich danke. Ich gehe usw.

18. 1. 1917. Patient liest, spricht und schreibt längere Sätzchen, z. B.: Ich bitte um das Heft. Ich hole das Buch. Heute ist Montag usw.

23. 3. 1917. Gebraucht die erlernten Worte zunehmend in der Umgangssprache. Beschreibt ohne Hilfe schriftlich und mündlich Bilder, z. B. „Das ist eine Bauernstube. Der Tisch steht. Der Stuhl steht am Tisch. Der Mann isst die Suppe. Die Frau steht am Tisch. Die Bilder hängen an der Wand.“ usw.

8. 5. 1917. Weitere Besserung der Sprachstörung. Langsam artikulierend kann er fast alle Worte bilden. Beim Schreiben häufig Fehler bei Worten, die artikulatorische Schwierigkeiten verursachen, z. B. Spontanschrift: „Ich war spasierem. Ich gehe am Prengl (Pregel). Das Wetter ist mind (mild) usw. (Es treten also Verwechslungen von homogenen Lauten auf, z. B. ng = g — n = l). Diktat: „Ich habe einen Halter und eine Feder. Ich tauche die Feder in Tinte. Ich schreibe. Der Halter ist aus Holz. Die Feder ist aus Eisen“.

14. 8. 1917. Sprach- und Schreibstörung bessern sich weiterhin. Patient ist imstande, Erlebtes schriftlich und mündlich in kleinen Sätzen zum Ausdruck zu bringen. Beschreibt z. B. einen an die See gemachten Ausflug selbstständig mündlich und schriftlich: Nach Neukuhren. Wir waren Sonnabend in Neukuhren. Wir farhen (fuhren) im Eisenbahnzuge. Der Zuge war voll. Das Wetter war schön warm. Eine Stunde furhen wir im Zuge. Wir gingen in das Kurhaus. Die Schwersten (Schwestern) teilten das Brot aus. Wir haben Salat gegessen usw.

2. 11. 1917. Weitere gute Fortschritte im Gebrauch der Laut- und Schriftsprache. Schreibt z. B. frei, ohne Nachhilfe, indem er sich Wort für Wort vorspricht:

Nach der Verwundung.

Ich wurde am 18. April 1918 verwundet morgens um 4 bis 5 Uhr. Ich wurde besinnungslos. Ich weiss nicht, ein Granatstück oder Geschoss verwundet am Kopf. Sie haben mich verbunden im Graben. Das Sprechen war auch weg. Ich habe nichts gemerkt, das ich gelähmt war. Sie haben in das

Feldlazarett in Weissensee geschafft. In Weissensee habe ich gelernt gehen. Nach 4 Monate haben sie nach Ponewisch (Ponewiez) geschafft. Ich war 3 Wochen da. In Braunsberg war 4 Wochen. Am 3. September war ich in Königsberg. Der Unteroffier R. hat mich sprechen gelernt. Ich konnte nicht sprechen. Ich musste die Silben lernen. Früher habe 5 bis 10 Minuten gelernt und ich war müde. Heute ist nicht schwer. Die Sätze sind auch schwer, aber ich will gut sprechen lernen. Es ist langsam aber sicher. Das Beine und der Arm ist auch besser. Am Tage haben 2 mahl Trunen. Das ist schön“.

1. 12. 1917. Patient gibt an, dass er im Zivilleben platt gesprochen habe, jetzt aber nur das neu entwickelte Hochdeutsch könne. Fühlt sich dadurch behindert im Verkehr mit seinen Landsleuten. Nur mit einer viel grösseren Mühe als der beim hochdeutschen Spontansprechen vermag er wenige plattdeutsche Worte zu bilden, jedoch immer mit den reinen Lauten des Hochdeutschen, nicht mit den eigentlichen plattdeutschen Mitlauten z. B. für „Et gait goat“ gelingt nur „Es gait got“ (Es geht gut).

Gute Fortschritte in der Spontansprache, wenn auch noch immer unter überlegter Bildung der Einzel- besonders der Anfangslaute des Wortes. Fehler nur noch bei Formworten, Hilfszeitworten, Artikeln. Erkennt die Fehler selbst und korrigiert sie.

15. 2. 1918. Die Sprache hat sich weiterhin mechanisiert, so dass er bewusst der optisch-taktilen Stütze immer weniger bedarf. Es werden Uebungen mit inhaltlich und formell schwierigen Stoffen vorgenommen (geschichtliche und erdkundliche Stoffe). Da er die hochdeutsche Laut- und Schriftsprache fast vollständig beherrscht, werden Uebungen zur Wiedererlernung des ostpreussischen Platt vorgenommen, (dessen er zur Verständigung mit der Heimatbevölkerung bedarf). Nach Neuentwicklung der Mischlaute macht Patient gute Fortschritte.

Es handelt sich hier also um einen Landarbeiter mit totaler Wortstummheit, der durch 18 monatige optisch-taktile Uebungsbehandlung vollständig schriftdeutsch sprechen lernte, dann aber zu seinem eigenen Erstaunen bemerkte, dass er nun doch nicht imstande war, sich mit seinen Angehörigen zu verständigen; denn da er nur diejenigen reinen Laute der deutschen Schriftsprache bilden konnte, die er durch die optisch-taktile Behandlung erlernt hatte, ist er nicht mehr imstande, der sich ihm früher vertrauteren plattdeutschen Umgangssprache mit ihren bei der Uebungsbehandlung nicht berücksichtigten eigentümlichen Mischlauten zu bedienen. Er findet zwar in der Regel die richtigen plattdeutschen Ausdrücke, vermag sie aber nur mit den reinen Lauten der hochdeutschen Sprache nachzubilden.

Stein¹⁾ hat bei einem Aphasiker, den er auf schrifttrümäner Basis optisch-taktil behandelte, die umgekehrte Beobachtung machen

1) Stein, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1917. 1. u. 2. H.

können: der Kranke sprach während der Behandlung und nach der Heilung vollständig auf der alten heimatlichen Artikulationsbasis, d. h. dialekturmächtig. Wenn Stein darin verallgemeinernd einen Beweis dafür erblicken will, dass durch die Uebungsbehandlung der Aphasien prinzipiell keine sprachlichen Neuentwicklungen, sondern nur „gewisse neue Bahnungen“ geschaffen werden, so ist dem entgegenzuhalten, dass sein Fall zur Entscheidung dieser Frage nicht geeignet ist, weil er keinen totalen Sprachverlust erlitten hatte, sondern „zahlreiche Silben gleich anfangs korrekt nachsprach“, eine Neuentwicklung der Sprache bei ihm also gar nicht in Betracht kommen konnte.

B. Behandlung der sensorischen Aphasien.

Auch zur Behebung der sensorischen Aphasien bedienen wir uns der kombinierten optischen und taktilen Methode, während andere Autoren die sensorischen Aphasien vorwiegend durch Ablesen zu heilen suchten und dadurch der optischen Komponente, unserer Auffassung nach, eine nicht ungefährliche Rolle bei der Wiedererlangung der Sprache und des Sprachverständnisses zuwiesen.

Unseres Erachtens sollen dieselben kinästhetischen Erinnerungsbilder, die bei der Behandlung der motorischen Aphasie die eigentliche Stütze der expressiven Sprache bilden, bei sensorischen Aphasien als Grundlage des wiederkehrenden Sprachverständnisses dienen. Als Grundprinzip der Uebungsbehandlung muss gelten, dass die optische Komponente der optisch-taktilen Lautentwicklung als solche nur ein Mittel zur Bildung fester kinästhetischer Engramme mit enger assoziativer Bindung an den perzeptiven Sprachanteil sein soll, d. h., dass der Kranke zwar zur Einübung der Sprache der optischen Stütze (des Ablesens vom Munde des Lehrers) bedarf, sie aber später, nach Festigung der neu erworbenen zerebralen Erinnerungsbilder, völlig entbehren kann. Nur auf diese Weise wird er in Bezug auf den Gebrauch der Laut- und Schriftsprache wieder unabhängig von zweiten Personen; er stützt sich allein auf sein eigenes Artikulationsgefühl, während für die nach Gutzmann und Fröschels nur mit Ablesen behandelten sensorischen Aphasien die Gefahr besteht, dass sie wie der Taubstumme auf optische Eindrücke beim Sprachverständnis angewiesen bleiben. Wir legen demnach den Hauptwert auf die taktile Komponente der optisch-taktilen Lautentwicklung.

Schon die Erfahrungen bei normalen Individuen weisen ja darauf hin, dass den Artikulationsgefühlen und kinästhetischen Erinnerungsbildern eine grosse Bedeutung zur Unterstützung des Sprachverständnisses zukommt. Sprachungewandte Individuen lesen und schreiben bekanntlich mit dauernder Mitartikulation. Auch bei gebildeten Personen

konnte Frau Woyczoikowska¹⁾ nachweisen, dass feine Zungenbewegungen das Denken und das Hören von Worten begleiten, und Exner beschreibt im „Entwurf zu einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen“²⁾, „wie ihm das Klangbild eines Wortes innerlich zerrinne, wenn er sich zwingt, die entsprechenden artikulatorischen Vorstellungen zu bannen“.

Von Schauspielern und Rednern ist bekannt, dass sie sich bei der Einübung von Memorierstoffen teils bewusst, teils unbewusst, der artikulatorischen Stütze bedienen.

Auch in pathologischen Fällen ist die Zusammenarbeit des Artikulationsgefühls mit sprachlichen, bzw. Lese- oder Schreibleistungen wiederholt beobachtet worden. So beschreibt Kleist einen Fall, der nur unter Mitbewegung der Lippen lesen konnte. Gab man ihm den Auftrag, die Zunge herauszustrecken, um ihn am Mitartikulieren zu hindern, so konnte man ihm das Lesen anfangs unmöglich machen.

Im Folgenden bringen wir Protokolle von einigen in unserer Uebungschule mit optisch-taktiler Methode behandelten sensorisch Aphasischen und berücksichtigen dabei besonders die Bedeutung des Artikulationsgefühls für das Sprachverständnis.

H. V., Grenadier (Zapfer), 25 Jahre alt.

12. 8. 1915. Aufnahme im Festungshilfslazarett V zu Königsberg i. Pr. Laut dortigem Krankenblatt bestanden bei der Aufnahme Bewusstlosigkeit, Krämpfe. Spastische Hemiparese rechts, Druckpuls. In der Zerebrospinalflüssigkeit Blut, Meningokokken.

30. 9. Wird nach Heilung der Meningitis wegen Resten einer rechtsseitigen Lähmung und Sprachstörung nach der Universitäts-Nervenklinik überwiesen.

Aus der dortigen Krankengeschichte geht hervor, dass eine rechtsseitige Hemiparese bestand und eine schwere sensorische und motorische Sprachstörung. Gibt auf alle Frage immer wieder unter lebhaften Gestikulationen mit dem Kopf denselben oft wiederholten kurzen Laut zur Antwort, etwa „te—be—te“.

Aufforderungen werden nur ganz vereinzelt aufgefasst.

6. 4. 1916. Aufnahme auf der Station für Kopfschussverletzte Festungshilfslazarett I, Königsberg i. Pr.

Körperlicher Befund: Innere Organe, Herz, Lunge, Bauchorgane o. B.

Nervensystem: Pupillen gleich, mittelweit L. R. + C. R. +. Augenbewegungen frei. Zunge weicht stark nach rechts ab, der linke Mundwinkel hängt herab. Spastische Hemiparese im rechten Arm und Bein von zerebralem Prädilektionstyp.

1) Psychol. Rev. 1913.

2) Leipzig u. Wien. 1894.

Spontansprache fällt vollständig aus, nur die in der Nervenlinik geübten Worte „Papa, Mama, Anna, Marie“ kann er undeutlich sprechen.

Reihensprechen: Zahlen — Tage —.

Gegenstände bezeichnen: —.

Gegenstände erkennen: Gegenstände des täglichen Lebens werden richtig erkannt, seltener gebrauchte nicht.

Nachsprechen: Nur einzelne geübte Laute, Silben und Worte werden nachgesprochen, kein Unterschied zwischen sinnvollen und sinnlosen Worten.

Lesen: Gelingt weder leise, noch laut.

Buchstaben erkennen: Geübte Buchstaben werden erkannt.

Worte aus Buchstaben zusammensetzen: —.

Schreiben:

a) Spontanschrift: — ausser Name und Beruf (schreibt „Schänken“ soll heissen „Schänker“).

b) Diktat: —.

c) Abschrift +. Wortweise langsam.

Sprachverständnis: Zum Teil aufgehoben. Kommt ganz einfachen Aufforderungen nach, schwereren aber nicht, z. B. versteht er den Befehl „linke Hand ans rechte Ohr“ nicht.

Zahlenverständnis fehlt vollständig.

11. 4. Beginn der Uebungsbehandlung im Sprechen, Schreiben und Lesen nach optisch-taktiler Methode zur Behebung der motorischen Aphasie.

13. 5. Pat. macht sehr geringe Fortschritte, besonders infolge reduzierter Merkfähigkeit.

23. 7. Spricht ein- und mehrsilbige Worte, selbst solche mit Konsonantenanhäufungen nach. Verwertung in der Spontansprache noch sehr gering.

11. 11. Mit der Hebung seiner sprachlichen Ausdrucksfähigkeit tritt die sensorische Komponente seiner Sprachstörung noch deutlicher hervor. Verbindet z. B. mit schriftlich und mündlich ihm vorgelegten Farbenbezeichnungen und Zahlen in Worten keinen Begriff, obwohl er mit Ziffern grosse Rechenoperationen ausführen kann. Hemiparese rechts so weit gebessert, dass Pat. schon rechtshändig zu schreiben beginnt.

25. 2. 1917. Sehr langsame Fortschritte im Sprechen, Schreiben und Lesen. Unterricht muss ausgesetzt werden wegen anfallsweise auftretender epileptiformer Zuckungen im rechten Arm und Bein. Dabei Reduktion des körperlichen Allgemeinzustandes.

16. 8. Seit mehreren Wochen keine Reizerscheinungen mehr. Benutzt die erlernten Worte jetzt zunehmend in der Spontansprache und versucht sich selbst zu verständigen. Spricht z. B.: „Es geht gut“ — „Ich bitte um das Buch“ usw.

Es werden jetzt Uebungen zum Wiedererwerb des Zahlenverständnisses vorgenommen. Die Uebung geschieht in der Weise, dass die Zahlen im Zahlenraum von 1—10 als Ziffern, geschriebene Worte und Bilder nebeneinander gestellt (z. B. III; 3; drei) und optisch-taktil

sprachlich entwickelt werden. Danach folgen Uebungen im richtigen Auffassen der Zahlworte. Patient muss gesprochene Zahlen als Zahlworte, Ziffern oder bildlich aufschreiben oder aus einer Anzahl ihm vorgelegter richtig heraussuchen. Dabei stützt er sich vollständig auf Artikulationsgefühle bzw. kinästhetische Erinnerungsbilder, wie sich aus folgenden, wiederholt vorgenommenen Versuchen ergibt.

Patient soll oft geübte vorgesprochene Zahlen aus einer Zahlenreihe heraussuchen:

- z. B. a) Patient wird aufgefordert, die vorgesprochene Zahl nicht mitzuartikulieren. Zunge und Lippen werden kontrolliert. b) Patient artikuliert die vorgesprochene Zahl mit.

(7) zeigt	8	+	(nach 2maliger Artikulation).
(9) „	10	+	
(3) „	+	nach 3maliger Artikul. „9“ kor-	
		rigiert selbst, artikul. nochmals,	
		dann +.	
(6) „	+	+	
(8) „	7	+	
(5) „	+	+	
(2) „	1	+	
(9) „	6	+	
(3) „	—	+	

Der Mund des Vorsprechenden wird nicht beobachtet.

- c) Optisch-taktile Uebungsversuche mit mehrstelligen Zahlen.

1. Bei tonvollem Vorsprechen. (Patient liest vom Munde ab und artikuliert mit.) (14) + (19) 90 (13) + (17) + (12) +.

2. Bei tonlosem Vorsprechen (Patient liest vom Munde ab und artikuliert mit.) (15) + (19) 90 (13) 30 (17) + (12) +.

3. Nachsprechen ohne Ablesen: (Untersucher verdeckt den Mund.) (15) + (19) 90 — — 19 (13) 30 (17) — — „z“ (sucht) „sie“ — — „sieb“ (17) „siezehn“ (scheint nicht zu wissen, was er gesprochen, spricht immer undeutlicher, schreibt) „sechszehn“ (a. V.) „16“. Bei Ablesen vom Munde prompt +.

25. 8. Die Uebungsbehandlung wird weiter im beschriebenen Sinne fortgesetzt.

28. 12. Spontansprache: „Bitte um Ulaub“ (Urlaub) Stadt (a. B. zu welchem Zwecke) „kaufen — Messe“ (Messer). Ist imstande, sich mit den wesentlichsten sinngebenden Worten verständlich zu machen, allerdings mühsam, unter häufigem Besinnen sowohl auf das Wort, dem Begriff als dem Artikulationsgefühl nach. Probiert die Bewegungen mit dem Munde aus.

Reihensprechen: Zahlen: +, Tage: +, Monate: +.

Gegenstände bezeichnen: (Apfel) +, (Schlüssel) +, (Zahnbürste) Bū—Bū—. Zahnputzen. (Streichholzschachtel) +, (Kuchen) Tott (soll Torte heissen). (Messer) +, (Zange) +, (Trompete) Tro—Tro—Trompete, etwas undeutlich. Zur Wiederholung aufgefordert, „Trommel“. Weiterhin tritt eine deutliche Neigung zur Perseveration ein.

Alle Gegenstände werden richtig erkannt, auch ihre Benutzung ist bekannt. Artikulatorisch schwierige vermag er nur mit Schwierigkeiten zu bezeichnen.

Gegenstände erkennen: (Fisch) +, (Sichel) +, (Blumenstrauß) +, (Kirschen) +.

Nachsprechen:

a) Sinnvolle Worte: (Nachsprechen) „nach“ — „nach“ — (probiert) „spr“ — „nachsprechen“, (Gartenhaus) Ga—ten—haus, (Konstantinopel) Kon—stan—ti—no—pel. (Dampfschiff) + (undeutlich).

b) Sinnlose Worte: (Bakairi) 'Ba—Baka — Ba—ka—iri. (Euterpe) +. Kein wesentlicher Unterschied zwischen Sinnvollem und Sinnlosem, Artikulation von Schwierigerem und Leichterem.

Lesen: (Kleines Lesestück aus der Fibel) „Wir reise (reisen) ab. Mutter und Rosa eila—eila—eilen zum Zuge. Wa (Wo) steigen wir ein, wann fahre (fahren) wir ab, so fragen in (die) Mädchen“.

Nach dem Inhalt des Gelesenen gefragt, sagt er, er wisse nicht, was er gelesen habe.

Aufgefordert, noch einmal zu lesen, liest er etwas deutlicher, nach dem Inhalt gefragt, artikuliert er sich den Satz leise vor, sagt dann: „Mutter reisen zum Zuge“. (Zeigt den Zug auf einem Bilde.) A. B. nach dem weiteren Inhalt: „Der Mann, Mutter und zwei Mädchen“. (Was machten sie?) „Zum Zuge“. (Was wollen sie?) „Der Mutter rasch nach“.

Buchstaben erkennen: +.

Worte aus Buchstaben zusammensetzen: +.

Schreiben:

a) Spontanschrift: (A. B. über im Zimmer befindliche Gegenstände etwas aufzuschreiben.) „Der Tisch steht. Die Stuhl steht. Das Bett liegt“. Vor Beginn eines jeden Satzes besinnt er sich sehr lange, dann schreibt er ihn als Ganzes nieder.

b) Diktat: (Ein Knabe kam.) „Der Knabe gehen“. (Artikuliert „Der Knabe kam“, besinnt sich lange, schreibt schliesslich wie oben und artikuliert dabei richtig „kam“.

c) Abschrift: +.

Sprachverständnis: (Aufforderungen befolgen). (Zur Tür gehen, öffnen, schliessen, zurückkommen): + (Linkes Knie zeigen): +, (sagt dabei selbst „linke Knie“. Bei „Kn“ muss er längere Zeit artikulatorisch suchen).

(Mit der linken Hand den obersten Knopf vom Rock aufmachen.) Artikuliert „Linke Hand zwei — auf—auf — aufmachen“. Führt richtig mit der

linken Hand an den Knopf, öffnet ihn und öffnet dann den zweiten Knopf der Unterjacke. Dabei fragend und unsicher. Den Begriff „aufmachen“ verstand er offenbar erst, nachdem er ihn nachartikulierte.

8. 1. 1918. Da Pat. noch nicht imstande ist, eine selbständige Existenz zu führen, so soll er, um der trotz regelmässiger Ausgänge und Arbeitstherapie durch das eintönige Lazarettleben drohenden Gefahr der Entfremdung von einer selbständigen bürgerlichen Existenz vorzubeugen, auf $\frac{1}{2}$ Jahr nach Hause entlassen werden. Die Angehörigen und Pat. selbst werden mit genauen Anweisungen über Weiterübung versehen. Spätere Wiederaufnahme vorgesehen.

E. B., Leut. der Res., Lehrer, 29 Jahre alt.

3. 6. 1916. Kopfschussverletzung, rechtsseitige Hemiparese, partielle sensorische und motorische Aphasie.

23. 11. Aufnahme auf der Station für Kopfschussverletzte. (Ueber Befund bei der Aufnahme und Uebungsbehandlung der motorischen Aphasie siehe Reichmann, Arch. f. Psych. Bd. 58. S. 120.)

Die weitere Prüfung ergibt, dass er sinngebende Worte (Haupt-, Zeit- und Eigenschaftsworte) mündlich und schriftlich einzeln versteht und wiedergibt und in der Spontansprache sinngemäss anwendet. Formworte fasst er nur im Zusammenhang auf. (Ruft man ihm z. B. „ist“ zu, so fasst er es inhaltlich nicht auf, im Zusammenhang „Das ist ein Tisch“ versteht er es richtig, und vermag es nun sinngemäss anzuwenden.

Zahlworte spricht er nach, zunächst ohne sie zu verstehen. Mit Ziffern führt er schriftlich alle Rechenoperationen richtig aus, selbst Bruchrechnung.

Die sensorische Komponente der Sprachstörung wird auf optisch-taktilen Wege übungstherapeutisch zu beeinflussen versucht, besonders auch das mündliche Zahlenverständnis. Die Zahlen von 1—10 werden in der Weise geübt, dass sie als Bild, Ziffer und Wort nebeneinandergestellt und optisch-taktil sprachlich entwickelt werden. (Pat. muss Bild, Ziffer oder Wort richtig aussprechen.) Danach folgen Uebungen im richtigen Auffassen der Zahlworte. Pat. muss ihm zugerufene Zahlworte richtig identifizieren lernen, sie als Bild, Ziffer oder Wort schriftlich darstellen. Dabei stützt er sich vollständig auf Artikulationsgefühle, bezw. kinästhetische Erinnerungsbilder.

Zur Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Zahlen-sprechen auf optisch-taktiler Basis und Zahlenverständnis, werden folgende Versuche wiederholt vorgenommen:

a) Lehrer artikuliert langsam sichtbar tonvoll vor, Patient artikuliert laut mit und nach:

(3 + 4)	(prompt) 7
(4 + 2)	2 + 4 ist 7 . . . 6
(2 + 5)	2 + 5 „ 7
(2 + 6)	2 + 6 „ 8

$(4 + 2)$ $4 + 2$ ist 6
 $(13 + 6)$ $13 + 6$ „ 19
 $(14 + 5)$ $14 + 5$ „ 19
 $(12 + 4)$ $12 + 4$ „ 16
 $(33 + 42)$ $33 + 42$ „ 5 ... 5 ... 75.
 $(35 + 52)$ $34 + ?$ (erst nach mehrmaliger Vorartikulation verstanden) $34 + 52$ ist — — 86.

b) Lehrer artikuliert langsam, tonvoll bei verdecktem Munde vor. Patient artikuliert leise mit und spricht dann:

$(3 + 4)$ ist 7 $3 + 4$
 $(13 + 5)$ „ 18 $13 + 5$
 $(14 + 6)$ „ 20 $14 + 6$
 $(12 + 6)$ „ 18 $12 + 6$.

c) Lehrer artikuliert langsam, sichtbar, tonvoll vor; Patient wird angehalten, nicht mitzuartikulieren.

$(2 + 6)$ $2 + 6$ ist 8
 $(16 + 4)$ 20
 $(15 + 3)$ 19 ... $15 + 4$ ist 19
 $(17 + 2)$ $17 +$ $17 + 3$ ist 19
 $(14 + 5)$ $14 + 5$ ist 19
 $(12 + 6)$ $12 + 6$ ist 18.

Trotzdem Patient mehrmals angehalten wurde, nicht mitzuartikulieren, war leise Mitartikulation — geringe Bewegung der Artikulationsorgane — nicht auszuschliessen.

d) Lehrer artikuliert schnell sichtbar, tonvoll vor; dem Patienten wird über sein Verhalten keine Anweisung gegeben.

$(5 + 2)$ $5 +$ — — 2? $5 + 2$ ist 7
 $(1 + 6)$ $2 + 6$ ist 8
 $(5 + 3)$ 3 +
 $(6 + 4)$
 $(12 + 6)$ $12 + +$ $12 +$ —
 $(13 + 6)$ $13 + 3$ ist 16

$(32 + 43)$ lehnt ab, bedeutet, es sei zu schnell. Aufgabe wiederholt $(32 + 43)$. Ach Gott ... (ungeduldig.) $34 +$ Wiederholt $(32 + 43)$ 6 — 6 und 66.

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Artikulationsgefühl und Sprachverständnis werden folgende Versuche vorgenommen:

Patient soll einen Satz bilden, der ein vorgesprochenes Umstandswort oder Tätigkeitswort in einer nicht geläufigen Form enthält.

1. (wegen) a) Patient artikuliert nicht mit, gibt zu verstehen, er habe den Sinn des Wortes nicht aufgefasst. Könne keinen Satz bilden.

b) Patient artikuliert mit, fasst sofort das Wort auf und bildet dann den Satz: „Wegen des Besuches waren wir nicht nach Hause gegangen“.

2. (trotzdem) a) Patient macht gar keinen Versuch zu artikulieren, da er nichts aufgefasst hat.

b) Aufgefordert, zu artikulieren, sagt er „zumal“. Nochmals vorgesprochen „trotz“ „tr“. Bildet dann: „das Wetter ist regnerisch, dennoch wollen wir nach Hause gehen“. Auf Vorhalt, ob „dennoch“ richtig, sagt er „zumal“.

„Trotzdem“ wird jetzt deutlich vorartikuliert, er versucht nachzuartikulieren, was nicht gelingt. Versucht zu schreiben, auch das gelingt nicht. Sagt, er wisse den Begriff ungefähr schreiben, könne er das Wort nicht.

Es wird allein „trotz“ vorgesprochen; darauf schreibt er prompt „trotzdem“ und bildet folgenden Satz: „das Wetter ist regnerisch, trotzdem will ich spazieren gehen“.

3. (Geliefert) a) Patient artikuliert nicht mit, kann auch keinen Satz bilden.

b) Patient artikuliert mit und bildet den Satz: „Die Ware ist geliefert“.

Weiterbehandlung wie bisher. Gute Fortschritte. Ueber den jetzigen Zustand gibt folgendes Protokoll Auskunft:

22. 2. 1918. Spontansprache: Beschreibung eines Bildes: „Es ist Frühling. Die — Der Mann pflügt den Acker. Der — Ein Pferd zieht den Wagen — den Pflug. Dann wird geeggt und gesät“.

(Auf Befragen, woran er sehe, dass Frühling sei) „der Mann pflügt den Acker“.

(Was unternehmen Sie nachmittags?) „Nachmittags wird massiert und spazieren gegangen“. (Wohin?) „Steindamm und Tiergarten“.

(Wofür haben Sie E. K. I. bekommen?) „2. Juni war der Sturm von Damloup. Morgens war — hatte orntlich geschossen und dann der Sturm und ich war verwundet“.

(Sie sind etwas verstimmt. Warum?) Vormittag war Magenschmerzen“.

Fasst also sämtliche, auch inhaltlich garnicht im Zusammenhang stehende, rasch aufeinander folgende Fragen, richtig auf und beantwortet sie sinn-gemäss.

Gegenstände im Bild erkennen Gegenstände im Bild benennen:(aus 18 Bildern ein genanntes
heraussuchen):(Tintenfass) +
(Kreisel) +
(Hut) +
(Sohr) +
(Schwert) +(Wolf) +
(Gewehr) +
(Weihnachtstanne) Weihnachten
auf Vorhalt +
(Yacht) Segler
(Geige) +
(Tulpe) +**Lautieren und Worte aus einer Reihe ungeordneter Buchstaben zusammensetzen +.**

Lesen: Gedruckte Texte von mittlerer Schwierigkeit werden mit geringen Fehlern (z. B. Obst statt Aepfel, was er dann selbst korrigiert, eilends statt eilig) und mit einer gewissen Spracherschwerung bei artikulatorisch schwierigen Worten, z. B. Pfirsiche, leidlich fließend gelesen und sowohl bei lautem wie leisem Lesen völlig aufgefasst. Gute vollinhaltliche Wiedergabe: z. B. „Wilhelm stand in dem Garten“. (Gibt durch ein Zeichen zu verstehen, dass „Pfirsiche“ zu schwer. Soll dafür nach Uebereinkunft „Aepfel sagen.) Der — der — Nachbar — der Nachbar schenkte den Wilhelm die Aepfel. Eilig läuft er davon und läuft nach Hause“. (auf Befragen, was er dachte) „Der Wilhelm — schmeckt schön“. „Der Wilhelm ging nach Hause, und 2 Brüder waren krank. Die Geschwister schenkte die Aepfel und war sehr froh“.

Schreiben. a) Spontanschrift: „Am Sonntag gehe ich meistens nach Hause. Nach Kaffee kommen die Verwandten zum Besuch, oder wir gehen zum Besuch. Wir sprechen vom Krieg, von Wetter und andere Sachen. Auch gehen wir nach dem Theater. Es gibt zwei Theaters in Königsberg. Das Luisentheater ist auf die (den) Hufen, und das Neue Schauspielhaus ist in der Passage. Das Stadttheater wird Herbst 1918 geöffnet, weil jetzt ein Lazarett ist. usw. (+)

b) Diktat: „Ein Fuchs kam in der Nacht aus dem Walde in einen Hof. Da alle Leute schliefen, hörte und sah den Fuchs niemand. Er schlich sich in den Gänsestall, biss eine Gans tot und trug sie fort in den Wald“.

c) Abschreiben: fließend mit vollem Verständnis.

Es handelt sich hier um 2 Kranke mit gemischter sensorischer und motorischer Aphasie. Bei beiden wurde aus den weiter oben geschilderten Gründen eine heilpädagogische Behandlung nach der optisch-taktilen Methode erfolgreich eingeleitet. Dass in der Tat der oben angenommene Zusammenhang zwischen optisch-taktiler Sprachentwicklung, Kinästhesie der Artikulationsorgane und Wortverständnis besteht, glauben wir an dem Verhalten dieser beiden Kranken zu neuerlernten perzeptiven Sprachkomponenten nachweisen zu können. Beide Kranken vermögen Zahlworte ungeübt nicht aufzufassen. Nach optisch-taktiler Einübung vermögen sie dann Zahlen aufzufassen und leichte Rechenaufgaben zu lösen, wenn sie mitartikulieren,

d. h. sich auf das Artikulationsgefühl stützen können. Fällt die Mitartikulation weg, so wird sofort die Zahl der Fehlleistungen eine erheblich grössere.

Vom ersten Patienten werden aus einer Reihe von Ziffern 9 vorgesprochene Zahlworte bei Mitartikulation fehlerlos, nur 2 mal unsicher, ohne Mitartikulation 6 mal falsch identifiziert.

Der zweite, weniger schwer geschädigte und in der Besserung schon weiter vorgeschrittene Kranke, löst bei Mitartikulation unter 11 einfachen Rechenaufgaben nur 2 unsicher, alle anderen fehlerlos. Bei fehlender Mitartikulation bleiben von 7 Aufgaben gleicher Schwierigkeit 3 ungelöst, 4 werden fehlerhaft gelöst.

Die Aufgabe, einfache Sätzchen mit einem bestimmten vorgesprochenen, ihm wenig vertrauten Wort (wegen, trotzdem, geliefert) zu bilden, gelingt nur bei Mitartikulation, und zwar dann prompt. Ohne Mitartikulation fasst er das Wort garnicht auf.

Bei den Aufgaben mit wiederholt geübten Zahlen sind beide Patienten vom Ablesen bereits vollständig unabhängig, wie die mitgeteilten Versuche mit dem 2. Patienten beweisen. Es ergibt sich, dass im Auffassen und Lösen von Aufgaben kein Unterschied besteht, gleichviel, ob die Aufgaben bei verdecktem oder sichtbarem Munde vorgesprochen werden. Bei weniger geübten Zahlen ist der erste Kranke neben der taktilen noch auf die optische Stütze angewiesen.

Soll er wenig geübte Zahlenworte ohne Ablesen nachsprechen, so treten Verwechselungen mit artikulatorisch ähnlichen Zahlenworten auf (13 = 30; 19 = 90). Das Ziel der weiteren Behandlung muss sein, auch diesen Kranken vom Ablesen unabhängig zu machen.

Wir haben schon weiter oben darauf hingewiesen, dass neben der optisch-taktilen Methode die bei jedem Kranken erhaltenen sprachlichen Funktionen übungstherapeutisch mitverwertet werden müssen. Auch bei den eben beschriebenen Kranken ist auf eine gemeinsame Behandlung von Sprach-, Lese- und Schreibstörung und gegenseitige Unterstützung durch jede der auf den drei Gebieten erhaltenen Funktionen Wert gelegt worden.

Im folgenden bringen wir einen Fall, in dem es uns besonders deutlich gelang, eine Beziehung zwischen den durch die optisch-taktile Methode gewonnenen kinästhetischen Eindrücke und den noch erhaltenen Schriftbildern herzustellen und diese gemeinsam zur Wiedererlernung der Sprache zu verwenden.

A. L., Hptm. d. Res., 45 Jahre (Reg.-Baurat).

27. 6. 1916. Apoplexie, Hemiplegie rechts, sensorische Aphasie.

26. 1. 1917. Beginn der ambulanten Uebungsbehandlung auf der Station für Kopfschussverletzte Festungs Hilfslazarett I Königsberg.

Befund bei der Aufnahme:

Spontansprache: Versucht Fragen in ganzen Sätzen zu beantworten, bringt aber unter grosser Erregung nur einzelne Worte, dazwischen sinnlose Silben, hervor; z. B. (a. B. seit wann die Sprachstörung?) Wenn — ich ging — dann — dann — dann — es wurde mir — weg — dann fing es an.

Reihensprechen: (Monate) Januar bis April gelingt, weiterhin nicht. Zählen +.

Gegenstände erkennen: durchweg +.

Gegenstände bezeichnen: Gegenstände des täglichen Lebens werden nur mit grosser Schwierigkeit nach mehrmaligem Versuch richtig bezeichnet. (Trommel) — — „na das ist — ich — ein nämlich — um Gottes Willen — na, man weiss — Prommel — — Trommel“ (sehr undeutlich). (Kaffeemühle) „Kaffee — ist Kaffee — buh — bühle“. (Berührt dabei das Buch mehrmals, sehr erregt, bis er schliesslich das Wort findet) +.

Nachsprechen: (Sonnenschein) „Sonnen — Sonnensch — Sonnenschein“. (Konstantinopel) Lacht verlegen, sagt „das ist zu viel“. Als abgelenkt, „Ich wills versuchen“. Versucht einzelne Silben herauszubringen, sagt „Schnee“ (Erinnerung an vorher Besprochenes). Auf Vorsagen der ersten Silbe fliessend das ganze Wort.

Lesen: Einzelne Worte werden richtig herausgefunden und ihrer klanglichen Wirkung und Silbenzahl nach ungefähr wiedergegeben. Ein Unterschied zwischen lautem und leisem Lesen besteht nicht.

Buchstaben erkennen: +.

Worte aus Buchstaben zusammensetzen: (Kind) + (Wald) +
Sagt: „Ja, das kann ich — wenns nachher so bleibt“.

Schreiben: a) Spontanschrift: (Name?) + (Wie lange im Felde?)
„Der Feld gross“.

b) Diktat: —.

c) Abschrift: +.

Sprachverständnis: Die Auffassung an ihn gerichteter Fragen ist nicht intakt, was er durch den Gebrauch reihenartig erhaltener Redewendungen zu verdecken sucht, z. B. sagt er, als von der Weiterbehandlung die Rede ist: „Nein, ach Gott, ich bitte Sie — ich rie — ra — Furcht“. Dabei stellt sich später heraus, dass er sich gern der Uebungsbehandlung unterziehen möchte.

20. 4. 1917. Uebungsbehandlung nach optisch-taktiler Methode. Sehr geringe Fortschritte, da Patient immer akustisch zu arbeiten versucht und optisch-taktile Methode ablehnt.

23. 7. 1917. Arbeitet jetzt etwas nach optisch-taktiler Methode.

Spontansprache: Wenig gebessert.

Lesen: Einzelworte werden gut gelesen. Beim fortlaufenden Textlesen vielfach Fehler im gleichen Sinne wie bei der Spontansprache. Liest einzelne als Ganzes erhaltene Wortbilder, ohne zu lautieren, und kombiniert aus diesen z. T. mit Hilfe erhaltener Redensarten fälschlich den Sinn des ganzen Textes.

Schreiben: a) Spontanschrift: Wiedergabe eines mehrmals besprochenen Textes: „Ich habe die Tafel. Die Tafel ist eckig. Die Wandtafel ist auch eckig. Die Tafel ist voll. Der Griffel ist spitz. Der Rahmen ist aus Holz. Die Tafel ist schwarz“.

b) Diktat: Das (bösen) böse Wetter ist (von — von) vorüber. Der Donner (ran) rollte so (n n) laut. Der Regen (kaltschte) klatschte an die Scheiben“.

5. 9. 1917. Spontansprache etwas gebessert. Konkrete Haupt-, Eigenschafts- und Zeitworte in der Grundform werden meist richtig aufgefasst, Formworte usw. noch nicht. Mündliche Beschreibung eines besprochenen Bildes: Da ist ein Garten. Da ist die — die Bäume. Da ist — die Aepfel. Der Baum ist schön. Der Mann ist — sind. Der Mann pflückt Aepfel.

Unter übungstherapeutischer Mitverwertung der mechanischen Lesefähigkeit, die als solche bei L. gut erhalten ist, werden zur Besserung der Sprachauffassung folgende Uebungen vorgenommen:

Patient muss Worte, die ihm vorgesprochen werden, aus einem gegebenen Text herausuchen. Er artikuliert dabei besonders scharf die Anfangssilbe des vorgesprochenen Wortes nach und geht leise artikulierend den ganzen Text Wort für Wort durch, bis er das vorgesprochene Wort findet.

Aus 5 Zeilen eines leichten zusammenhängenden Textes in deutscher Normaldruckschrift werden herausgesucht:

1. Formworte: „Einst“ (Artikuliert dauernd leise mit, sucht die Zeilen Wort für Wort durch, geht über das gesuchte Wort hinweg. Geht die Zeilen unter lautem Mitartikulieren nochmals durch), dann +. (Zeit 2 Min.), „durch“ (Artikuliert „d — d“) schliesslich +. (Zeit 7 Sek.) „gar“ ebenso (Zeit 8 Sek.), „zu“ ebenso (Zeit 15 $\frac{1}{5}$ Sek.).

2. Sinngebende Hauptworte, Eigenschaftsworte und Zeitworte in der Grundform:

„Ameisen“ (ohne Artikulation und wortweises Suchen) prompt + (Zeit: 2 $\frac{1}{5}$ Sek.), „Löwe“ ebenso (Zeit: 3 Sek.), „Hase“ ebenso (Zeit: 3 Sek.), „schön“ ebenso (Zeit: 4 Sek.), „laufen“ ebenso (Zeit: 5 Sek.).

Zur Kontrolle des inhaltlichen Verständnisses für die aufgesuchten Worte muss er selbständig kleine Sätzchen mit diesen bilden.

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich, dass der Patient, der an einer in der Rückbildung begriffenen sensorischen Aphasie leidet, sinngebende Worte (Haupt-, Eigenschafts- und Zeitworte in geläufigen Formen, besonders der Grundform) als einheitliches Schriftbild ohne weiteres formell und inhaltlich aufzufassen und den richtigen Begriff damit zu verbinden vermag, während er Worte ohne selbständigen Sinn z. B. Formworte (oder andere weniger gebrauchte Wortformen) nur dann im

Schriftbild zu identifizieren vermag, wenn er sie immer wieder artikulierend langsam aufsucht. Dass ein erheblicher Unterschied beim Aufsuchen sinngebender Worte und Formworte besteht, geht schon aus den beiden vorgenommenen Zeitmessungen hervor, indem das Aufsuchen des lautklanglich erfassten sinngebenden Wortes erheblich rascher vor sich geht, als dasjenige des Formwortes.

Die Identifikation der Formworte erstreckt sich zunächst lediglich auf eine Uebertragung von der artikulatorischen auf die schriftliche Lautverbindung, ohne dass der Wortinhalt aufgefasst wird. Erst wenn Patient wiederholt das artikulatorische und schriftliche Lautbild zu einander in Beziehung setzt, gelingt es ihm auf diesem doppelten Wege, den zu dem betreffenden Wort gehörigen Begriff zum Anklingen zu bringen. Dass er dabei in der Tat auf die doppelte kinästhetische und Schriftbildstütze angewiesen ist, geht daraus hervor, dass er ein Zeichen seines Wortverständnisses bei allen Formworten erst dann gibt, wenn er die betreffenden Worte wiederholt artikuliert und gelesen hat. Als objektiven Beweis für die nun erfolgte richtige Auffassung führen wir an, dass er jetzt erst imstande ist, sie sinngemäss in von ihm selbst gebildeten Sätzen zu verwenden.

C. Zentrale Vorgänge bei der Rückbildung aphasischer Symptome.

Dem Uebungstherapeuten, welcher diese und ähnliche Behandlungserfolge beobachtet, drängt sich die Frage auf, wie diese Rückbildung zerebraler Symptome nach Zerstörung nicht restitutionsfähigen Nervengewebes anatomisch zu erklären sei.

Die Rückbildung sensorischer Aphasien wird schon seit Wernicke betont und als Folge eines Ersatzes des linken durch das rechte Klangzentrum erklärt. [Pick¹⁾, Freund²⁾, Niessl von Mayendorf³⁾, Fälle von Kanders, Touche, Lannois, Koster, Spiller⁴⁾]. Anatomische Belege für diese Auffassung bringen Quensel⁵⁾, Entzian⁶⁾, und Niessl von Mayendorf. Dieser bezeichnet als Voraussetzung des vikariierenden Eintretens der rechten für die linke Hemisphäre

1) Arch. f. Psych. Bd. 28. Bd. 37. Fortschr. d. Psych. (Marbe) 1915. — Zeitschrift d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. 30.

2) 76. Vers. Deutscher Naturforscher und Aerzte. Ref. Neurol. Zentralbl. 1904. Nr. 23.

3) Die aphasischen Symptome und ihre kortikale Lokalisation. Leipzig 1911. Deutsche Ztschr. f. Nervenhlk. Bd. 35. Jhb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28.

4) Zitiert nach Quensel.

5) Deutsche Ztschr. f. Nervenhlk. Bd. 35.

6) Dissertation. Jena 1899.

in pathologischen Fällen die schon physiologischerweise bestehende Zusammenarbeit beider Hirnhälften, die er durch folgende Ueberlegungen für bewiesen hält: Die Uebertragung akustischer Reize geschehe in gleicher Weise durch den linken und rechten Kochleanerven auf das jedem von ihnen zugehörige zentrale Ausbreitungsgebiet; daraus ergibt sich, dass sich auch die assoziative Verarbeitung, die Wortwahrnehmung und Wortreproduktion, schliesslich der ganze zentrale Sprachvorgang in beiden Hemisphären abspiele.

Eine Restitution des Sprachverständnisses gilt demnach nur dann als aussichtslos, wenn die beiderseitigen Schläfenwindungen erkrankt sind. Nach Quensel's Zusammenstellung fanden sich unter 55 Fällen von ungeheilter Worttaubheit, 24 mit doppelseitigen Herden¹⁾.

Für die motorischen Aphasien hingegen stellt Heilbronner²⁾ noch 1894 die Restitutionsmöglichkeit überhaupt in Frage und fordert Untersuchungen darüber, ob „wirklich motorisch Aphasische wieder zum Sprechen gelangen würden, wenn ihr motorisches Sprachzentrum, eventuell die analogen Partien der rechten Hemisphären, durch systematischen Unterricht geübt würden“. Auch Bonhoeffer³⁾ vertritt noch 1902 die Auffassung, dass die Mehrzahl der motorischen Aphasien, die durch Zerstörungen des Broca'schen Zentrums entstehen, stationär bleibe. Dass die Erscheinungen der motorischen Aphasie sich schwerer und langsamer zurückbilden als diejenigen der sensorischen betont auch Pick als allgemein bekannte Beobachtung. Eine Erklärungsmöglichkeit sieht er ausser der oben zitierten Niessl'schen Auffassung in der Tatsache, dass das Wortverständnis eine phylogenetisch ältere und mehr automatische Funktion sei, als die später erworbene und stets mit einem Willkürakt verbundene Funktion des Sprechens. Die Restitution des jüngeren und seiner Natur noch weniger mechanisierbaren motorischen Sprachmechanismus, gegebenenfalls seine Uebernahme durch das der Broca'schen Stelle entsprechende wenig vorgeschulte rechtshirnige Zentrum, sei schwieriger als diejenige des Sprachverständnisses durch den rechten Schläfenlappen, der durch die doppelte Akustikusaussstrahlung für diese Ersatzfunktion besser vorgebildet ist.

Wie weitgehend aber auch alle Formen der motorischen Aphasien rückbildungsfähig sind, haben die Erfahrungen der Sprachübungstherapeuten (Gutzmann, Fröschels), insbesondere diejenigen der

1) Vgl. hierzu Liepmann und Pappenheim. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 27.

2) Arch. f. Psych. Bd. 34.

3) Mon. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35. H. 2. — Arch. f. Psych. Bd. 37. H. 2 u. 3.

Hirnverletztenschulen im Kriege, wie wir sahen, inzwischen bewiesen, so dass von Monakow's Auffassung, dass die aphasischen Symptome im Prinzip eine heilbare Störung darstellen, auch für die motorischen Aphasien erfolgreich in die Praxis übernommen werden kann.

Die Frage nach dem anatomisch-funktionellen Weg, auf welchem die Restitution der motorischen Aphasien — sei es spontan, sei es durch Uebungsbehandlung — zustande kommt, gehört jedoch noch zu den vielumstrittenen Problemen der modernen Neurologie.

Ein Teil der Autoren nimmt an, dass die Heilung der aphasischen Symptome in mehr minder hohem Masse von der Lokalisation des auslösenden Traumas innerhalb des gesamten Sprachgebietes abhängt, so Bonhoeffer¹⁾ und Mingazzini²⁾, der an Hand klinischen und anatomischen Beweismaterials nur Aphasiker für heilbar hält, deren linke Regio supra- und praelenticularis intakt ist; andere, vor allem von Monakow³⁾, erklären die Rückbildung frischer Aphasien mit der Aufhebung der durch das auslösende Trauma gesetzten Diaschisiswirkung, die langsamere Heilung älterer Fälle als Ausgleich durch die Tätigkeit benachbarter Rindengebiete, die vorher als Hilfszentren tätig waren, oder durch das kompensierende Eintreten der direkten kortiko-bulbären Bahnen für die ausfallenden „phasisch-motorischen“.

Auf die Abhängigkeit der Reparabilität der motorischen Aphasien von dem mehr kortikalen oder tiefen Sitz des Krankheitsherdes wird auch von verschiedenen Autoren hingewiesen; z. B. nimmt Liepmann⁴⁾ an, dass die Möglichkeiten der Wiederherstellung um so geringere sind, „je mehr die Läsion ins Mark dringt, je mehr also Stabkranz, innere Kapsel, Assoziations- und Kommissurenfasern mitbetroffen sind“. — Quensel⁵⁾ misst der Erhaltung des Balkens besondere Bedeutung für die Rückbildung bei.

Die Richtigkeit der letztgenannten Anschauungen wäre Vorbedingung für denjenigen Erklärungsversuch, welcher die meisten Anhänger zählt, die Hypothese von der Rückbildung motorischer Aphasien durch vikariierendes Eintreten der rechten Hemisphäre für die zerstörten links-hirnigen Zentren. Denn Voraussetzung der vikariierenden Leistungsfähigkeit

1) Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1902. Bd. 10.

2) Ges. Deutscher Naturforscher u. Aerzte 1901 — Fol. neurobiol. 1913. Bd. 7. — Arch. f. Psych. Bd. 54.

3) Die Lokalisation im Grosshirn. Bergmann, Wiesbaden. — Neurol. Zentralbl. 1906. Bd. 25. — Deutsche med. Wochenschr. 1909. — Neurol. Zentralbl. 1909. Bd. 28. — Ergebn. d. Physiol. 13. Jhrg. 1913.

4) Neurol. Zentralbl. 1909.

5) A. a. O.

rechtshirninger Zentren wäre ein Weg, der vom linken Sprachgebiet Impulse in die rechte Hemisphäre überträgt. Dieser wäre in den zum Teil durch den Balken verlaufenden Assoziations- und Kommissurenfasern gegeben.

Die Vikariierungshypothese wird bekanntlich von v. Monakow¹⁾ mit der Begründung abgelehnt, dass er die Umwertung bestimmter Partien des hochdifferenzierten Zentralnervensystems im Dienste von Funktionen, an deren Ausübung sie vorher nicht beteiligt waren, für nicht vereinbar mit den Gesetzen des Ablaufs zentralnervösen Geschehens halte; und eine solche stellt ihm das vikariierende Eintreten der rechten Sprachzentren bei den linksherdig bedingten Aphasien da. Diese gegen die Vikariierungshypothese geltend gemachten Gründe werden aber durch die Arbeiten Liepmann's²⁾, Quensel's³⁾, Mingazzini's³⁾, Niessl's³⁾, Rothmann's⁴⁾ und Heilbronner's⁵⁾ u. a. entkräftet. Nach ihnen kommt der linken Hemisphäre zwar eine deutliche Präponderanz, nicht aber eine funktionelle Alleinherrschaft für die höheren psychischen Leistungen zu, so dass im Falle ihres vikariierenden Eintretens für die linke nicht die Notwendigkeit eines Neuerwerbs, sondern lediglich die Steigerung einer im Prinzip schon vorher bestehenden Leistungsmöglichkeit gegeben ist. Als Beweis für diese Auffassung können wiederholt beschriebene Beobachtungen herangezogen werden, in welchen Dauerherde der linkshirnigen Sprachzentren nur ganz vorübergehende oder gar keine aphasischen Symptome machten. Ein besonders charakteristisches Beispiel für diese im Sinne der Lokalisationstheorie sogenannten negativen Fälle konnte Bonhoeffer³⁾ klinisch und anatomisch beobachten. Es handelt sich um einen Patienten mit dem typischen klinischen Krankheitsbilde der Broca'schen Aphasie, der bei intaktem Broca'schen Zentrum eine „alte Erweichung links durch Verschluss der Arteria cerebri ant. mit Vernichtung des Balkens bis fast zum Splenium, der vorderen Vierfüntel der ersten Frontal- und der vorderen Zweifünftel

1) Die Lokalisation im Grosshirn . . . Bergmann, Wiesbaden. — Neurol. Zentralbl. 1906. Bd. 25. — Deutsche med. Wochenschr. 1909. — Neurol. Zentralbl. 1909. Bd. 28. — Ergebn. d. Physiol. 13. Jahrg. 1913.

2) Liepmann, Mon. f. Psych. u. Neurol. 1905 u. 1906. — Münchener med. Wochenschr. 1905. Nr. 48. — Deutsche med. Wochenschr. 1905. — 3 Aufsätze a. d. Apraxiegebiet. Berlin 1908. — Liepmann u. Pappenheim, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27. — Liepmann u. Quensel, Mon. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26. — Berliner Klin. 1907.

3) A. a. O.

4) Ztschr. f. klin. Med. Bd. 60.

5) Lewandowsky's Handb. Bd. 1. — Arch. f. Psych. 1908. Bd. 43.

der zweiten Frontalwindung“ zeigte,¹ ein Beweis für das Bestehen eines „doppelten Weges von der linken Sprachregion erstens durch die linke innere Kapsel und zweitens über den Balken und die rechte Hemisphäre“ und damit überhaupt für die Mitbeteiligung der rechten Hirnhälfte an den sprachlichen Funktionen.

Niessl von Mayendorf, Weber u. a. gehen sogar so weit, die Präponderanz der linken Hemisphäre nur für eine sekundäre „durch den Mehrgebrauch der in der linken Grosshirnrinde vorwiegend projizierten rechten oberen Extremität“ anzusehen. Weber bezieht sie hauptsächlich auf die grössere Gebahrenheit linkshirziger Zentren durch das rechtsseitige Schreiben. Gegen diese Auffassung und im Sinne einer Zusammenarbeit beider Hirnhälften bei primärem, nicht sekundärem Ueberwiegen der linken sprechen die Beobachtungen Rothmann's¹): Bei gesunden Individuen kommt nach seinen Erfahrungen jeder Uebungserfolg, welcher Arm auch geübt wird, der überwiegenden Hemisphäre, d. h. bei Rechtshändern der linken, bei Linkshändern der rechten Hirnhälfte, zu gute. Auch Liepmann²) widerlegt die Annahme der erworbenen Präponderanz der linken Hirnhälfte mit dem Hinweis auf die auch bei Kindern in vorschulpflichtigem Alter beobachteten Aphasien nach linkshirnigen Herden und auf die auch bei analphabetischen Bevölkerungsschichten nachweisbare Mehrwertigkeit der linken Hemisphäre bzw. der rechten Hand.

Dass aber in der Tat ein Zusammenhang zwischen den Leistungen der Extremitäten und den sprachlichen Funktionen überhaupt, zwischen dem Ueberwiegen einer Hand, der ihr zugehörigen kontralateralen Hirnhälfte und den hier deponierten höheren psychischen Leistungen besteht, ist eine allgemein anerkannte Tatsache, die schon allein in dem Umstände ihre Bestätigung findet, dass Aphasien nur bei Rechtshändern in der Regel linksherdig bedingt sind, bei Linkshändern aber in der bei ihnen funktionell mehrwertigen rechten Hemisphäre lokalisiert sind. Auch die Erfahrungen bei Linkshändern sprechen in dieser Richtung, z. B. die von Stier³) und Gutzmann⁴) festgestellten Beziehungen zwischen Linkshändigkeit und Sprachstörungen.

Erkennen wir diesen Zusammenhang an, so dürfen wir zur Untersuchung der Frage des Vikariierens der Sprachleistungen auch die Erfahrungen bezüglich des Verhaltens der Extremitäten heranziehen.

1) Diskussion d. Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh. Ref. Neurol. Zentralbl. 1911. Bd. 30.

2) Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 27 u. 28.

3) Mon. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25. S. 408.

4) a. a. O.

Liepmann³⁾ konnte nachweisen, dass Herde der einen Hemisphäre neben Lähmungen der kontralateralen Seite homolaterale Dyspraxien hervorrufen können. In diesem Sinne sprechen auch die an Kranken und Gesunden gewonnenen Ergebnisse bei linkshändigen Schreibversuchen [Treitel¹⁾]. Fehlt die willkürliche Korrektur, so schreibt der geübte Rechtser bei den ersten linkshändigen Versuchen Spiegelschrift. Wenn wir hieraus auch nicht so weitgehende Schlüsse wie Erlenmeyer²⁾ ziehen möchten, der in jeder Hemisphäre ein Zentrum annimmt, das die Bewegungen beider Extremitäten nach der kontralateralen Seite innerviert, so sehen wir doch darin einen Beweis für die Zusammenarbeit beider Hemisphären, und zwar nach Goldscheider³⁾ in dem Sinne, dass beim Einüben der rechten Hand und ihrer zugehörigen linkshirnigen motorischen Zentren für die Innervationsfolge des Schreibens die rechtshirnigen Zentren gleichsinnig für die linke Hand eingeübt werden. Wenn also an den scheinbar an eine Hemisphäre gebundenen höheren psychischen Leistungen trotz der primären Präponderanz der linken Hirnhälfte beide Hemisphären beteiligt sind, so ist auch unter Berücksichtigung von v. Monakow's Einwänden zunächst theoretisch die Möglichkeit des vikariierenden Eintretens der gesunden rechten für die erkrankte linke Hemisphäre gegeben.

Hierfür finden sich einige anatomische Belege in den Sektionsbefunden von Liepmann, ferner in zwei von Kussmaul⁴⁾ angeführten Fällen: einem infolge in frühester Jugend erworbenen Defektes der linken Urwindung rechts gelähmten Kranken, der sprechen und lesen lernte, und einer seit der Kindheit rechts gelähmten 70jährigen Frau, deren Sektion eine fast ganz in eine Blase verwandelte linke Hemisphäre ergab, und die doch „ordentlich“ sprechen konnte.

Auch Oppenheim⁵⁾ teilt einen Fall von im 17. Lebensjahre wegen Verlustes der rechten Hand erworbener Linkshändigkeit mit, der im 59. Jahre an „gemischter Aphasie, absoluter Agraphie und Alexie“, linksseitiger motorischer und sensibler Hemiparese mit Reizerscheinungen in der linken oberen Extremität und linksseitiger homonymer Hemianopsie erkrankte. Als Ursache ergab sich bei der Sektion ein fast faustgrosses Sarkom des Thalamus, Linsenkerns und der rechten inneren Kapsel bis an die Insel und die Marksubstanz des Schläfenlappens

1) Ztschr. f. Nervenhlk. 1893. Bd. 4.

2) Die Schrift. Stuttgart 1879.

3) Berliner klin. Wochenschr. 1891.

4) a. a. O.

5) Arch. f. Psych. Bd. 21 u. 22. — Berliner klin. Wochenschr. 1890. Nr. 2.

hineinreichend. „Das übrige Gehirn ist vollständig intakt, namentlich lässt sich in der linken Hemisphäre keinerlei Veränderung auffinden“.

Mit Recht verlangen allerdings Rothmann und Liepmann, dass solche Fälle mit grösster Vorsicht bewertet und analysiert werden, ehe sie wirklich als beweiskräftig für die Uebernahme physiologischerweise linkshirniger Leistungen durch die rechte Hemisphäre angesehen werden dürfen.

Handelt es sich um Tumoren, so ist die Möglichkeit einer Fernwirkung auf die kontralaterale Hemisphäre, auch bei fehlenden anatomischen Veränderungen, nicht auszuschliessen. Ferner muss differentialdiagnostisch an latente Linkshändigkeit gedacht werden, auf deren häufiges Vorkommen Stier¹⁾ hinweist, sowie an angeborene rechtshirnige Sprachlokalisation, sogenannte „Rechtshirnigkeit bei Rechtsbändern“, wie sie von Lewandowsky²⁾ und Mendel³⁾ beschrieben wurde. Schliesslich ist noch — allerdings nur im Sinne eines ultimum refugium — das Fehlen bzw. die mangelhafte Entwicklung der Pyramidenkreuzung zu berücksichtigen, wie sie in einem Falle von Charcot und Pitres⁴⁾ beschrieben worden ist (zit. nach Mendel).

Aber selbst bei vorsichtigster Bewertung alles herangezogenen Materials bleibt auf Grund der vorangegangenen Ueberlegungen die Möglichkeit des vikariierenden Eintretens der rechten Hemisphäre für die erkrankte linke sehr wahrscheinlich.

Setzen wir dieses voraus, und gehen wir ferner davon aus, dass die Zentralstätten der Extremitätenfunktionen mit denjenigen der sprachlichen in engem Zusammenhang stehen, eine Annahme, deren Berechtigung wir weiter oben nachwiesen, so ist der Gedanke naheliegend, dass das Eintreten der rechten für die linke Hirnhälfte zur Rückbildung aphasischer Störungen auch durch vikariierendes Eintreten der linken Hand für die rechte übbar sein muss; und zwar wäre auf Grund dieser theoretischen Erwägungen wegen des engen Zusammenhanges zwischen Schreibleistung und mündlicher Sprache auch bei nicht agraphischen Aphasikern von linkshändigen Schreibübungen ein guter Erfolg zu erwarten. Schon Broca, später Heilbronner fassen deshalb, wie wir weiter oben sahen, diese Möglichkeit ins Auge; Berkhahn, Clarus, Bernhardt⁴⁾ schlugen entsprechende therapeutische Versuche vor. Gutzmann, Pröschels und Goldstein⁵⁾ haben mit linkshändigen Schreibübungen

1) Mon. f. Psych. u. Neurol. 1909. Bd. 25.

2) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4. H. 2.

3) Neurol. Zentralbl. 1912. 1914.

4) Ref. Neurol. Zentralbl. 1895. S. 169.

5) a. a. O.

auch bei nicht gelähmten Sprachkranken die Rückbildung aphasischer Symptome erfolgreich unterstützt.

Als Resultat des einschlägigen Literaturstudiums ergeben sich demnach folgende Anschauungen, die bei der Behandlung zerebraler Sprachkrankheiten Berücksichtigung verdienen:

1. Die höheren psychischen Funktionen, insbesondere die Sprache, sind Leistungen beider Grosshirnhemisphären, in der Weise, dass dem linken Grosshirn (bei Rechtshändern) die Führung, dem rechten eine gewisse Mitbeteiligung zufällt.
2. Die Rückbildung psychischer Ausfallserscheinungen z. B. aphasischer Symptome infolge Erkrankung der führenden Hemisphäre ist deshalb dadurch denkbar, dass die andere Hirnhälfte vikariierend zur führenden wird.
3. Zwischen den sprachlichen Leistungen und den Funktionen der oberen Extremitäten besteht ein zentraler lokalisatorischer Zusammenhang.
4. Es ist deshalb wahrscheinlich, dass das vikariierende Eintreten der gesunden für die erkrankte Hemisphäre durch Uebungen der kontralateralen Extremität unterstützt werden kann (linkshändige Schreibübungen bei Sprachstörungen infolge rechtshirniger Herde).

Bei der Beurteilung der Erfolge linkshändiger Schreibübungen muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Besserungen Folge der an sich intensiveren Beschäftigung mit dem Kranken sein können. Auch können sie, da, wie wir seit Liepmann wissen, die linke Hemisphäre auch an den Leistungen der gleichseitigen Extremität beteiligt ist, Restitutionsvorgänge in dieser unterstützen und dadurch — nicht durch Unterstützung des rechtshirnigen Vikariats — zur Rückbildung der Sprachstörungen beitragen; kürz, die durch linkshändige Schreibübungen erzielte vikariierende Wirksamkeit der rechten Hemisphäre ist auf Grund aller vorangegangenen Ueberlegungen zwar sehr wohl denkbar, bleibt aber bisher noch immer eine zwar sehr plausible, aber nicht bewiesene Annahme, für deren Richtigkeit ein klinischer und anatomischer Beweis ausserordentlich schwer zu erbringen ist; insbesondere kommt allen nicht-sezierten Fällen, wie Liepmann mit Recht hervorhebt, bestenfalls die Bedeutung von Wahrscheinlichkeitsbeweisen zu.

Wenn wir trotzdem im Folgenden diesbezügliche Erfahrungen aus unserer Uebungsschule mitteilen, so sind wir uns sehr wohl bewusst, dass auch diese anatomisch nicht gestützten Beobachtungen keinen Anspruch auf bindende Beweiskraft haben. Bei dem geringen bisher veröffentlichten sicher verwertbaren einschlägigen Material halten wir uns aber doch für berechtigt, Beobachtungen an unseren Kranken mit-

zuteilen, die, zunächst ohne jede theoretische Voreingenommenheit gesammelt, uns auch unter Berücksichtigung aller oben geltend gemachten Einwände, für das vikariierende Eintreten der rechten für die erkrankte linke Hemisphäre und für deren Uebbarkeit durch linkshändige Schreibübungen zu sprechen scheinen.

Unsere Hauptbeobachtungen beziehen sich auf den weiter oben S. 18 ff. geschilderten Kranken. Dieser wurde, nachdem sich die rechtsseitige Hemiparese zurückgebildet hatte, aufgefordert, wieder rechtshändig zu schreiben, während er bis dahin linkshändige Schreibübungen gemacht hatte. Dieser Auffassung widersetzt sich der sonst willige Patient immer wieder. (Eine gleiche Mitteilung macht Draesecke¹⁾ von einem seiner Patienten). Auf Vorhalt sagt er „Danken fehlen“ (Gedanken fehlen) und gibt immer wieder zu verstehen, er glaube rechtshändig Geschriebenes schwerer einprägen und schlechter merken zu können, als das mit der linken Hand Geschriebene. Patient ist nicht anders als vorübergehend zum Rechtsschreiben zu bewegen. Es werden daraufhin Merkfähigkeitsprüfungen mit rechtshändig und linkshändig geschriebenen Worten vorgenommen:

Abschrift von 8 begrifflich Schriftliche Wiedergabe nach
bekannten Worten. 60 Sekunden.

Rechtshändig:

Tisch	Tisch
Tür	Tür
Ast	Buch
Hund	(Lange Pause) sagt: ich 'weiss
Schrank	nicht, schliesslich
Tafel	Tafel
Buch	
Schuh	

Linkshändig:

Bild	Bild
Uhr	Uhr
Blatt	Blatt
Hahn	Hahn
Licht	Licht
Tafel	Strumpf
Tuch	Tuch
Strumpf	

1) Die Kriegsbeschädigten-Fürsorge. 1. Jahrg. Nr. 12—13.

Von 8 begrifflich bekannten rechtshändig abgeschriebenen artikulatorisch einfachen Hauptworten reproduziert Patient also nach 60 Sekunden die beiden ersten in richtiger Reihenfolge, dann unter grossen Schwierigkeiten noch 2 einzelne weitere Worte; bei linkshändigem Schreiben erfolgt prompte Wiedergabe der 5 ersten Worte in richtiger Folge, dann zweier weiterer richtiger Worte mit einer Umstellung; nur 1 Wort fehlt.

Abschrift begrifflich nicht bekannter Worte. Schriftliche Wiedergabe nach 60 Sekunden.

Rechtshändig:

Apotheke
Preisliste
Universität
Vorwort

Aporthort

Linkshändig:

Alkohol
Verzeichnis
Medikament
Nachschrift

Alkohol
Verzeichnis
Nachschrift

Von 4 rechtshändig abgeschriebenen begrifflich nicht bekannten artikulatorisch schwierigen mehrsilbigen Substantiven wird also rechts nur eine Wortverstümmelung reproduziert, links werden bei gleicher Versuchsanordnung 3 von 4 Worten richtig wiedergegeben, 1 ausgelassen.

Aus diesen wiederholt bei dem Kranken ausgeführten Untersuchungen ergibt sich, dass die sprachliche Merkfähigkeit für linkshändig Geschriebenes bei ihm eine bessere ist, als die für Worte, die mit der rechten Hand niedergeschrieben wurden.

Die gleiche Erfahrung konnten wir bei einem anderen Kranken machen. Es handelt sich um einen Fall von schwerer motorischer Aphasie, der sich auch, nachdem er die einzelnen sprachlichen Elemente wiedererlernt hatte, der Spontansprache nur ganz unzureichend bedienen konnte wegen einer schweren Störung der Merkfähigkeit.

Auf Grund der Erfahrungen an dem eben genannten Falle wurden nun auch diesem Kranken zunächst versuchsweise linkshändige Schreibübungen aufgetragen, die von dem gebildeten Patienten selbst als zwecklos angesehen und nur sehr widerwillig ausgeführt wurden.

Nach 6—8 Wochen trat eine entschiedene Besserung der Merkfähigkeit hervor, die von dem Patienten subjektiv sehr lebhaft emp-

funden wird und auch objektiv deutlich zum Ausdruck kommt. Als Massstab dienen uns Vergleiche zwischen der Niederschrift einfacher gelesener Stoffe vor Beginn der linkshändigen Uebungen und 6—8 Wochen nach deren Beginn. (Systematische Merkfähigkeits- und Gedächtnisprüfungen sind leider bei dem Patienten nicht durchgeführt worden.)

19. 5. 1916. Freie schriftliche Wiedergabe von Erlebtem, das mehrmals besprochen wurde.

„Das Konzert. Gestern hatten wir im Garten Konzert. Es spielte eine Regiments-Kapelle und zwar Pionier-Bataillon Nr. 18. Der Inhalt der Stücke war mir nicht bekannt“.

Die hier angeführten schriftlichen entsprechen im Prinzip den jeweiligen mündlichen Leistungen.

Erlebtes gibt Patient also schon leidlich gut schriftlich wieder, ebenso bildlich dargestellte Stoffe. Schriftliche Wiedergabe fließend gelesener und beim Lesen inhaltlich aufgefasster Stoffe ist ihm jedoch unmöglich.

28. 10. 1916. Spontanschrift. Beschreibung eines Bildes.

„Der Marktplatz. Der Marktplatz ist in einer Stadt. Grosse schöne Häuser stehen dort. Ein kleines Mädchen kauft Äpfel. Die Gemüse- und Fischfrau warten auf Kunden. Die Schuhmacherfrau bietet ihre Waren vergeblich an. Die Trödlerfrau setzt eine Menge Waren ab. Eine Elektrische Bahn fährt dort“.

13. 12. 1916. Auch mehrmals gelesene Stoffe kann Patient noch immer nicht schriftlich wiedergeben. Beginn der linkshändigen Schreibübungen.

16. 2. 1917. Wiedergabe eines zweimal gelesenen Textes. Spontanschrift. „Vom Zaunkönig“. „Der Zaunkönig bleibt auch im Winter bei uns. Wenn andere Vögel traurig dasitzen, und selbst die Spatzen unter der Dachluke traurig sitzen, so findet der Zaunkönig immer noch was zu Fressen. Der Zaunkönig frisst die Schmetterlingseier ab. Den Vögeln singt er ein Trostlied und den verhungerten Hasen“.

Wiedergabe eines zweimal gelesenen Textes:

29. 8. 1917. Spontanschrift. „Deutsche Arbeit“. „Ein Hamburger Kaufmann brachte sich einen Herrenschräbttisch für 5000 Franks, den er auf der ersten Pariser Weltausstellung erworben hatte, nach Hamburg mit. (E) Der Schreibtisch war mit allen Schikanen ausgestattet, hatte schmiedeeiserne Unterlagen und hatte ein Wandschränkchen für Pretiosen. Da besuchte ihn ein Hamburger Schlossermeister. Der Kaufmann nahm an, dass der Schreibtisch in Paris angefertigt worden wäre. Der Kaufmann zeigte den Tisch dem Schlossermeister und machte ihn auf alle Vorzüge aufmerksam. Der Schlossermeister fragte den Kaufmann, ob er nicht die Platte des Tisches abschrauben könnte. Der Kaufmann gab seine Einwilligung hierzu. Der Schlossermeister enthielt

sich vorläufig jedes Urteils. Plötzlich sagte der Schlossermeister zu dem Kaufmann, dass seine eigene Firma obenstände und dass das Schloss in des Schlossermeisters eigener Werkstätte angefertigt wäre. Auch der Tisch war in einer Hamburger Tischlerei hergestellt. Der Tischlermeister und der Schlossermeister hatten für den Tisch eine hohe Bezahlung, die jedoch an 5000 Franken nicht heranreichte. So machen die Franzosen ihre Geschäfte“.

Der Kranke, der trotz 10 monatiger Uebungsbehandlung am 13. 12. 1916 noch unfähig war, mit Verständnis gelesene Stoffe schriftlich wiederzugeben, während er Selbsterlebtes und bildlich Dargestelltes schriftlich reproduzieren konnte, vermag also nach sechs- bis achtwöchiger linkshändiger Uebungsbehandlung (am 16. 2. 1917), zunächst leichtere gelesene Stoffe und kurze Zeit darauf selbst komplizierte Lesestücke gewandt schriftlich und mündlich wiederzugeben.

Dass es sich hier etwa um eine plötzliche Besserung handeln könnte, die auch ohne linkshändiges Schreiben im Verlauf der Uebungsbehandlung eingetreten wäre, ist nicht anzunehmen, denn Pat. machte schon vorher, während eines 10 Monate langen Unterrichts gute Fortschritte im Wiedererwerb der sprachlichen Funktionen, gewann aber mit Hilfe rechtshändiger Uebungen nicht die genügende sprachliche Merkfähigkeit zur mündlichen oder schriftlichen Wiedergabe gelesener Stoffe, wie sie ihm nach Einsetzen der Linksschreibübung plötzlich gelingt.

Wir glauben demnach, diese beiden Uebungserfolge nicht anders auffassen zu können, denn als Unterstützung des Wiederaufbaues der sprachlichen Merkfähigkeit durch linkshändige Schreibübungen. Die Möglichkeit, dass diese im Sinne einer Unterstützung der Rückbildung linkshirniger Leistungen gewirkt haben könnten, ist allerdings, da die linke Hemisphäre auch an der Innervation der gleichzeitigen Extremitäten beteiligt ist, mit Sicherheit nicht auszuschliessen. (Vgl. Rothmann, Arch. f. Psych., 1908, Nr. 43, Diskussion in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.) Immerhin erscheint es höchst unwahrscheinlich, dass eine etwa bestehende Tendenz zur Restitution linkshirniger Zentren nach so langer Uebungsbehandlung erst durch die linkshändigen Schreibübungen eine so plötzliche Unterstützung erfahren sollte, zumal die Impulse, die die linke Extremität von der homolateralen Hemisphäre empfängt, doch gegenüber der kontralateralen relativ geringe sind und demgemäss auch umgekehrt ihrer Einwirkung auf die homolaterale Hemisphäre keine allzu grosse Bedeutung beigemessen werden darf. Es erscheint uns deshalb wahrscheinlich, dass unsere Beobachtungen im Sinne einer vikariierenden Uebernahme der Führung durch die rechte Hemisphäre für die physiologischerweise über-

geordnete linke beim zentralen Sprachmechanismus gedeutet werden dürfen.

Als interessant in dieser Richtung, wenn auch selbstverständlich nicht beweiskräftig, dürfen vielleicht auch die Angaben eines Aphasikers (Hemiparese rechts, rechtsseitige Jackson'sche Anfälle) mit Schussverletzung des linken Stirn- und Schläfenlappens angeführt werden, der im Laufe der Uebungsbehandlung angab, bei längerer Uebung oder sonstiger geistiger Anspannung, Schmerzen in den korrespondierenden rechtshirnigen Partien zu empfinden. Anhaltspunkte für eine lokale rechtshirnige Schädigung bestanden nicht. Im Bereich der Schussverletzung in der linken Hemisphäre fanden sich bei wiederholt notwendigen operativen Eingriffen multiple Geschoss- und Knochensplitterchen und eine etwa pflaumengrosse Zyste, über deren genaueren Sitz sich im chirurgischen Krankenblatt keine näheren Angaben finden. Keine Zeichen einer diffusen zerebralen Störung, keine Drucksteigerung.

Angeregt durch diese Erfahrungen und durch die oben zitierten Mitteilungen aus der Literatur, haben wir neuerdings linkshändige übungstherapeutische Versuche an zwei aphasischen Hilfsschulkindern vorgenommen. Obwohl beide schon früher mit grosser Hingabe unterrichtet und individuell berücksichtigt wurden, konnte während der mehrjährigen Schulzeit keine nennenswerte Beeinflussung des psychischen Allgemeinzustandes erzielt werden. Bei dem einen Kinde ist jetzt nach 2 monatiger optisch-taktiler und linkshändiger Uebungsbehandlung eine so auffallende Hebung des psychischen Gesamtzustandes eingetreten, dass uns die Angehörigen des Kindes, die die Einleitung einer neuen Behandlung nur mit grossem Widerstreben zulassen, spontan von seinem veränderten Verhalten im Hause Mitteilung machten.

Ueber das Ergebnis unserer weiteren Beobachtung an diesen Kindern, die jetzt noch zu kurzdauernd und daher noch zu unsicher für weitere Verwertung sind, werden wir später berichten.

Zusammenfassend bezeichnen wir folgende Erfahrungen an heilpädagogisch behandelten Aphasien als Ergebnis unserer Beobachtungen:

1. Die optisch-taktile Methode führt auch bei partiellen motorischen Aphasien zu guten Heilerfolgen.
2. Sensorische Aphasieen können ebenso wie motorische Sprachstörungen erfolgreich nach der optisch-taktilen Methode behandelt werden. Die auf diesem Wege erzeugten zerebralen kinästhetischen Erinnerungsbilder unterstützen die Rückbildung perzeptiver Sprachstörungen ebenso

wirksam wie die Heilung von Erkrankungen des expressiven Sprachapparates.¹⁾

3. Unsere Beobachtungen bilden einen Beweis für die Uebbarkeit der sprachlichen Merkfähigkeit Aphasischer durch linkshändige Schreibübungen. Diese sehen wir als neue Wahrscheinlichkeitsstütze für die Hypothese an, dass rechts-hirnige Zentren vikariierend für die geschädigten linken die Führung des zentralen Sprachmechanismus übernehmen können.

1) Meine (Reichmann) inzwischen in der Hirnverletztenschule Frankfurt a. M. (Goldstein) gesammelten Erfahrungen veranlassen mich jedoch darauf hinzuweisen, dass die guten therapeutischen Möglichkeiten der optisch-taktilen Methode uns nicht verleiten dürfen, sie kritiklos bei allen Aphasischen anzuwenden; neue Methoden und Kombinationen alter und neuer Methoden sind inzwischen gefunden und erprobt worden, und müssen, von Fall zu Fall sorgfältig individualisierend, therapeutisch mit in Betracht gezogen werden. (Vgl. Goldstein, Die Behandlung, Begutachtung und Fürsorge Hirnverletzter. C. F. W. Vogel. Leipzig 1918.)

III.

Aus dem pathologischen Institut der vereinigten Friedrichs-Universität
Halle-Wittenberg (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beneke).

Die Beziehungen des Status thymico-lymphaticus zum Selbstmord von Soldaten.

Von

Dr. Neste.

Die vorliegende Arbeit enthält einen Beitrag zur klinischen Bewertung und Beachtung der Beziehungen des sogenannten Status thymico-lymphaticus, bestehend aus einer Thymus- und Lymphdrüsen-Hyperplasie einerseits und einer mehr oder weniger ausgebildeten Atrophie der Nebennieren andererseits, zum Nervensystem und einer daraus sich ergebenden Prädisposition zum Selbstmord.

Entwicklungsgeschichtliche Wechselbeziehungen zwischen Nebennieren und Thymusdrüse einerseits, dem Zentralnervensystem andererseits, sind seit langer Zeit bekannt. In den meisten der beschriebenen Fälle handelt es sich um Missbildung des Gehirns, Hemizephalie, Anenzephalie, Synzephalie, Zyklopie, Akranie, Hydrozephalus, bei denen sich eine Hyperplasie des thymiko-lymphatischen Apparates und eine Hypoplasie des Nebennierengewebes und zwar vorwiegend ihres interrenalen und chromaffinen Systems vorfand. Vor allem die Beziehungen der Nebennieren zum Zentralnervensystem sind der Gegenstand eingehender Untersuchungen gewesen. Die Kenntnis der Tatsache der Nebennierenhypoplasie bei Azephalie geht schon auf Morgagni zurück; spätere Forscher (die beiden Meckel, Vetter, Rayer u. a.) haben sie vielfach bestätigt. Ueber 17 Fälle von Hemizephalie mit Hypo- oder Aplasie der Nebennieren berichtete dann Lomer (1), und lenkte hierdurch von neuem die Aufmerksamkeit auf diese merkwürdige Kombination. Gleich darauf veröffentlichte Weigert (2) ähnliche Erfahrungen; er hielt es für wahrscheinlich, dass die Defektbildung des Zentralnervensystems, etwa unter Vermittlung des Sympathikus, die Hypoplasie der Nebennieren (— eine völlige Aplasie fand er in keinem Falle —) ver-

anlasste, und betonte, dass diese Hypoplasie die Rindensubstanz mindestens ebenso sehr betreffe wie die Marksubstanz.

Sehr eingehend ist den Beziehungen zwischen Nebennieren und Nervensystem Zander (3) nachgegangen. Er präparierte die Nebennieren und bestimmte ihr Gewicht und Grösse bei 42 Hemizephalen, 8 Hydrozephalen, 8 Hydrozephalozelen, 4 Zyklopen und 3 Synzephalen.

Bei keinem Hemizephalus hat er normal grosse Nebennieren gesehen, so dass er als das Ergebnis seiner Untersuchungen ansieht, dass bei Hemizephalen die Nebennieren immer verkleinert sind.

Bei den 8 Hydrozephalen der Königsberger Sammlung fand er die Nebennieren normal gross, während sich bei den Hydrozephalozelen eine Aplasie der Nebennieren vorfand, so dass sich der Schluss ergab, dass die Nebennieren nicht nur bei völligem Hirnmangel, wie bei den 42 Hemizephalen, verkleinert sind, sondern auch bei solchen Früchten, bei welchen nur die vordere Hälfte der Grosshirnhemisphäre fehlt, selbst wenn die übrigen Teile des Gehirns mehr oder weniger vollständig sind. Die Zerstörung der hinteren Partie des Grosshirns bedingt umgekehrt keine Verkleinerung der Nebennieren, wenn die vorderen Abschnitte normal gestaltet sind. Auch bei den 4 Zyklopen fanden sich die Nebennieren kleiner als bei entsprechend ausgebildeten normalen Früchten. Bei den 3 Synzephalen waren die Nebennieren nicht verkleinert.

Zander fasst den Zusammenhang zwischen dem Grosshirn und den Nebennieren so auf, dass das Wachstum der Nebennieren nur dann in normaler Weise vor sich gehen kann, wenn das Gehirn intakt ist. Ist die Nebenniere bereits vollständig entwickelt, so wird sie sich nicht verkleinern, wenn das Gehirn zugrunde geht. Tritt aber die Zerstörung des Gehirns in einer Periode auf, wo die Nebennieren noch in der Ausbildung begriffen sind, so wird in der Entwicklung der Nebennieren ein Halt eintreten, oder doch eine Verlangsamung ihres Wachstums.

Zander hält also wie Weigert die Hirnmissbildung für ausschlaggebend für die mangelhafte Entwicklung der Nebennieren.

In direktem Gegensatz dazu stellt sich Alexander (4). An die kritische Würdigung der Zander'schen Arbeit anschliessend, führt er aus: „Nicht das Gehirn hat Einfluss auf das Wachstum der Nebennieren, sondern die Nebennieren haben Einfluss auf die Entwicklung des Zentralnervensystems. Es ist ganz klar, dass natürlich selbst bei richtiger Funktion der Nebennieren andere Schädlichkeiten auf den Schädel und das Gehirn wirken und zur Vernichtung der ursprünglich normal angelegten Teile führen können. Damit erklären sich auch die Fälle, wo bei intakten Nebennieren Hydrozephalie gefunden wurde und ebenso auch, dass manchmal Hemizephali ganz normale Nebennieren — wenn auch selten — haben. „Eins ist festzuhalten: In der ganzen Literatur, die hier in Frage kommt, habe ich nicht Fälle gefunden, bei denen Mangel

oder Aplasie der Nebennieren mit gut entwickeltem Gehirn und Rückenmark zusammenfiel, nur solche, wo bei intakten Nebennieren Veränderungen oder Missbildungen im Zentralnervensystem vorlagen. Folglich scheint mir meine Erklärung hierfür besser zu passen: Veränderungen, Zerstörungen im Gehirn und Nervensystem können eben durch verschiedene Einflüsse bedingt sein. Einer derselben ist gegeben durch den Ausfall der Funktion der Nebennieren, und daher findet man bei Aplasie oder beim Fehlen derselben stets Abnormitäten im nervösen Zentralapparat“. Auch die Ansicht von Weigert, dass ein solches Organ, wie die Nebennieren, so wichtige Teile wie Hirn und Schädel in ihrem Wachstum nicht beeinflussen könne, erkennt Alexander nicht an. „Wenn wir bedenken“, fährt er fort, „dass wir es mit einer Drüse zu tun haben“, — Alexander hat dies in seiner Arbeit immer wieder betont — „und wenn wir erwägen, dass im Körper Drüsen im Laufe eines Tages Produkte in einer Masse liefern können, die im Verhältnis zur Drüsensubstanz sehr gross genannt werden muss (liefern doch zum Beispiel die Speicheldrüsen in 24 Stunden bis 2000 g Speichel), so können wir uns wohl erklären, dass ein Organ, wie die Nebenniere, durch Eingreifen in den intermediären Stoffwechsel selbst ungleich grössere Organe des Körpers beeinflussen kann“.

Dass diese Ausführungen Alexander's nicht bloss Hypothesen sind, sondern eine tatsächliche Berechtigung haben, geht aus seinen chemischen Untersuchungen hervor, die den Nachweis von Lezithin in den Nebennieren brachten und zwar in solchen prozentualen Mengen, wie sie im ganzen Organismus nur noch im Nervenapparat, vor allem in der grauen Substanz, vorkommen. Sie werden fernerhin noch gestützt durch die Untersuchungsergebnisse Tizzoni's, der nachwies, dass bei Exstirpation der Nebennieren sich Veränderungen im Gross- und Kleinhirn, im Rückenmark und in den peripheren Nerven einstellen, vorwiegend immer in der grauen Substanz und in der Pia mater.

Bemerkenswert ist auch der histologische Versuch Czerny's (5), der bei 5 Hydrozephalen eine Nebennierenatrophie fand. Berliner Blau, welches er in die Hirnventrikel junger Ratten injizierte, wurde zuerst in einem Lymphgefäss sichtbar, welches einen Gang zu den Nebennieren abgibt. Ferner drang der Farbstoff auf dem Lymphwege ganz auffallend reichlich in die Nebennieren ein.

Ich habe oben bereits erwähnt, dass an dieser Hypoplasie des Nebennierengewebes die Rinde (Interrenalsystem) in ausgeprägtem Masse teilnimmt. Diese Ansicht ist schon von Weigert vertreten. Meyer (6) berichtet über seine Untersuchungen mit den Worten: „das, was morphologisch die Nebennieren der Anenzephalen von anderen unterscheidet, ist in allen Fällen der Mangel oder die geringe Ausbildung in den inneren Schichten der Zona fasciculata und der reticularis bei meist

gut erhaltener und fettreicher Zona glomerulosa mit angrenzender Partie der Zona fasciculata, in etwa der Hälfte der Fälle ein hyperplastisches und weit differenziertes Mark.

Auch in anderer Hinsicht sind die Untersuchungen Meyer's interessant. Er untersuchte 2 Anecephalen im zweiten und fünften Fötalmonat — wesentlich jünger also als die sonst beschriebenen Fälle — und konnte bei diesen keine Abnormität der Nebennieren feststellen. Aus seinen Fällen geht hervor, dass bei Hemizephalie und Anecephalie nicht nur das Nebennierengewebe normal sein, sondern auch bis in den 5. Fötalmonat normal erhalten bleiben kann, dass also eine sekundäre Atrophie durch einen vorläufig unbekannten Einfluss eintritt. Dass diese mit der Gehirnmissbildung zusammenhängt, scheint Meyer unabweislich; die Verschiedenheit der Gehirnmissbildungen deute ferner darauf hin, dass nicht in einer dritten gemeinsamen Ursache die Fehler begründet seien, sondern dass die Störungen der Nebennieren direkt mit denen des Gehirns zusammenhängen. Auch Meyer sieht die Hirnmissbildungen als das Primäre an, ist also derselben Ansicht wie Weigert und Zander.

Wiesel (7) wies nach, dass auch Unterentwicklungen im Gebiete des chromaffinen Systems vorkommen, meist in Gesellschaft mit anderweitigen Anomalien.

So stehen also zwei Anschauungen: die eine, welche die Missbildung des Gehirns als ausschlaggebend für die mangelhafte Entwicklung der Nebennieren, die andere, welche die hypoplastische Anlage der Nebennieren für die Hirnmissbildung verantwortlich gemacht haben will, sich gegenüber. Das Primäre und Sekundäre ist vorläufig nicht geklärt, aber jedenfalls sprechen viele Beobachtungen für die Tatsache, dass die morphologische Entwicklung beider Organe bestimmte quantitativ nachweisbare Beziehungen hat. Die einfachste Auffassung würde wohl, nach Beneke's Vorstellung, dahin lauten, dass der Verbrauch bestimmter Mengen einer für das Zentralnervensystem notwendigen Substanz, etwa des Lezithins, durch die physiologische Produktion der Nebennieren gewährleistet wird, und dass demgemäss die letzteren einer funktionellen Atrophie unterliegen, falls eine Defektbildung der Hirnmasse die Anforderungen an die Nebennieren herabsetzt. Hieraus würde sich dann ergeben, dass die „normale“ Grösse der Nebennieren einem bestimmten Stoffwechsel innerhalb des Zentralnervensystems entsprechen würde, und dass Schwankungen dieser Korrelation auch im postfötalen Leben quantitativen Ausdruck finden können.

Ueber die Beziehungen der Thymusdrüse oder des Status thymico-lymphaticus zum Zentralnervensystem ist entwicklungsgeschichtlich weniger bekannt geworden. Drei französische Autoren (Wenslow, Borneville, Katz) beschrieben Entwicklungshemmungen des Gehirns bei Anomalie der Thymusdrüse. Gelegentlich einer Besprechung über den noch später zu erwähnenden Status thymicus berichtet Anton (32) über drei Sektionsfälle, bei denen neben einer grossen Thymusdrüse gleichzeitig eine Hypertrophie des Gehirns nachweisbar war. „Es ist schon Rokitansky bekannt“, führt Anton aus, „dass Hypertrophie des Gehirns, vielleicht besser gesagt, relative Hypertrophie des Gehirns plötzlichen Tod herbeiführen kann. Es ist Tatsache, dass die Hypertrophie des Gehirns, besonders bei Kindern häufig übersehen wird, sintemal die Gehirnwägungen nicht regulär vorgenommen werden. In der Tabelle von Gehirngewichten, welche Marchand veröffentlicht, finden sich solche hohe Gehirngewichte auch bei Kindern, ebenso findet in der Publikation von Neusser über den Status thymico-lymphaticus die Tatsache der Gehirnhypertrophie eingehende Beachtung.

„Plötzliche Todesfälle ereigen sich auch bei Hydrocephalus internus; es sind also bereits hinreichend Tatsachen vorhanden, welche das gleichzeitige Vorhandensein von vergrösserter Thymusdrüse und Gehirnhypertrophie illustrieren“.

Experimentell sind die innigen Beziehungen zwischen Thymus und Nervensystem von Klose und Vogt(13) eingehend studiert worden. Sie haben nachweisen können, dass beide Organe, ebenso wie Nebennieren und Nervensystem, in enger Wechselwirkung stehen. Die Aenderungen bestehen im motorischen Verhalten der thymusexstirpierten Tiere, in einem Träg- und Plumpwerden der Bewegung — infantiler Bewegungscharakter — infolge Verblödung der Tiere. Weiterhin stellen sich Ermüdungserscheinungen und leichte Paresen und endlich koordinatorische Störungen ein. Die Sensibilität bleibt lange Zeit intakt, später stumpft sie sich ab und die Schmerzempfindlichkeit geht verloren. Auch die Sinnesfunktionen nehmen an Sicherheit recht erheblich ab, am auffallendsten der Geruchssinn. Die Hautreflexe sind erst erhöht, später herabgesetzt, die Sehneureflexe schon während des Latenzstadiums erhöht, werden dann später noch lebhafter; in manchen Fällen zeigen sie schliesslich ein Absinken. Die elektrische Erregbarkeit ist erhöht.

Basch (11) stellte nach der Thymusexstirpation Krampfanfälle, bald von tonischem, bald von klonischem Charakter fest, eine Beobachtung, die von Klose und Vogt nicht gemacht werden konnte. Nach ihm wird das Krankheitsbild der thymusexstirpierten Tiere sehr wesentlich in allen Zügen durch eine schwere psychische Veränderung bestimmt.

Gehen aus derartigen experimentellen Befunden deutliche Beziehungen zwischen den funktionellen Leistungen der Thymusdrüse und denen der verschiedenen Abschnitte des Zentralnervensystems hervor, so lassen sich solche wohl auch aus den eigenartigen klinischen Erfahrungen über den sogenannten „Thymustod“ herauslesen. Auf die Einzelheiten dieser so viel diskutierten Erklärung einzugehen, würde hier zu weit führen. Ich begnüge mich mit dem Hinweis, dass die Auffassung mancher Autoren, dass diese unter Krämpfen erfolgende jähe Todesart eine Folge mechanischen Druckes der vergrösserten Thymusdrüse auf die Trachea sei, zwar für manche Fälle des frühesten Kindesalters ausreichend bewiesen erscheint [so z. B. in den von Flügge (10) mitgeteilten Beobachtungen Beneke's; vgl. auch 26 u. 27], dass aber für die meisten Fälle, namentlich die plötzlichen Todesfälle bei Erwachsenen, an eine toxische Einwirkung gedacht werden muss. Für solche Fälle gilt offenbar die von Paltauf (14) geschaffene und von Bartel u. a. weiter ausgeführte Lehre vom „Status thymico-lymphaticus“, als einer „Konstitutionsanomalie“, welche Paltauf mit folgenden Worten definierte:

„Blässe der Haut, wohlentwickelter Panniculus adiposus, Hyperplasie der verschiedenen Teile des lymphatischen Apparates, der Lymphdrüsen des Halses, der Axilla, des Mesenteriums; die Follikel des Nasen- und Rachenraumes, der Darmwandungen, des Zungengrundes und der Milz stark vergrössert, die Thymus übermässig gross. Diese Befunde führen uns dahin, einen allgemein krankhaften Zustand des Körpers anzunehmen, der durch die Bezeichnung lymphatische Konstitution am ehesten gekennzeichnet wird. Die hyperplastische und abnorm lang erhaltene Thymusdrüse ist nicht die Ursache des Todes, sondern nur ein Teilsymptom jener allgemeinen Ernährungsstörungen, die des weiteren durch die Vergrösserung der Lymphdrüsen und Tonsillen charakterisiert wird“.

Bei solchen Individuen, die äusserlich vollkommen gesund erscheinen, genügt eine geringe Veranlassung (körperliche Anstrengung, Baden, psychische Erregungen, beginnende Chloroformnarkose u. ä.), um den Tod herbeizuführen.

Die zunehmende Erfahrung hat mehr und mehr gelehrt, dass eine grössere Empfindlichkeit solcher Individuen gegenüber Schädigungen aller Art besteht. Schon ältere Aerzte haben in diesem Körperzustande eine Anlage oder Disposition zu gewissen Infektionskrankheiten, insbesondere zu Tuberkulose erblickt; Bartel (15) äussert sich in ähnlichem Sinne. Die grössere Vulnerabilität dieser Individuen gelangt schon darin zum Ausdruck, dass die grössere Hälfte derselben in einer frühen Altersperiode (14.—25. Lebensjahr) zumeist an Infektionskrankheiten, namentlich an Tuberkulose, weiter an Nephritis, Eklampsie, Diabetes zugrunde geht.

Für diese Fälle von Status thymicus ist nun das gleichzeitige Zusammentreffen von Thymushyperplasie und Nebennierenatrophie von Wiesel(8) zuerst angegeben worden. Diese so charakteristische Kombination ruft sofort die Erinnerung an die eingangs mitgeteilten entwicklungsgeschichtlichen Beziehungen der Nebennieren zu dem Zentralnervensystem wach.

Ueber die Frage, was beim Status thymicus das Ausschlaggebende ist, ob die Hyperplasie der Thymus, oder die Hypoplasie der Nebennieren, besteht keine einheitliche Auffassung. Biedl(28) hält die Thymus in Abhängigkeit von anderen endokrinen Organen, die auf dieselbe teils im Sinne einer Hemmung (Thymusdepressoren), teils im Sinne einer Steigerung ihrer Aktivität (Thymusexzitatoren) wirken. Zu den letzteren wären in erster Reihe die Schilddrüse, die Epithelkörperchen, und nach Wiesel die Nebennierenrinde zu rechnen, während eine thymusdepressorische Wirkung vor allem den Keimdrüsen zukommt. Nach Wiesel hat auch das Adrenalsystem Einfluss auf die Thymus im Sinne einer Depression. Er weist auf den Parallelismus zwischen physiologischer Involution des Nebennierensystems und der physiologischen Involution der Thymus und auf den Antagonismus zwischen Adrenalin und Thymusextrakt hin. Durch starke Verminderung des thymusdepressorischen Adrenalins kann es zu einem Ausbleiben der physiologischen Involution der Thymus kommen, falls die Erkrankung noch vor der Pubertät einsetzt, oder aber die Thymus kann durch den Wegfall der hemmenden Substanz noch später zu einer Tätigkeit erwachen. Hierher gehört auch die auffällige Thymushyperplasie in vielen Fällen von Morbus Addison [vgl. Wiesel's Zusammenstellung (8)]. Auch Beneke (25) hat gelegentlich einer Ausführung über seine bei Kriegsteilnehmern gemachten Beobachtungen über Status thymicus und Nebennierenatrophie diese Frage kurz gestreift. Er führt aus:

„Ich bezeichne als „Status thymicus“ Fälle mit ausgeprägt parenchymatöser, vergrößerter Thymusdrüse und entsprechenden Hyperplasien des Follikularapparates, wobei ich ebenso wie Schridde die Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen ganz besonders auffällig und regelmässig finde, andererseits mit Atrophie der Nebennieren. Die Schmalheit der Nebennieren, vorwiegend der Rinde, aber nicht selten auch des Markes, welche das ganze Organ in schweren Fällen fast papierdünn erscheinen lässt, scheint mir noch bedeutungsvoller, als der Zustand der Thymusdrüse selbst. Ich habe den Eindruck, als ob die Nebennierenatrophie, wie es ja auch in der Literatur vielfach angenommen wird, den ganzen Prozess, den ich nicht als eine angeborene Konstitutionsanomalie, sondern als eine erworbene schwankende Stoffwechselstörung auffasse, einleiten und in vielen Fällen bis zur starken Thymushyper-

plasie treiben könne. Ich habe deshalb auch die Zahl der Fälle mit Nebennierenatrophie zusammengestellt. Unter 240 Sektionen von Soldaten fanden sich 56 Fälle (23,3 pCt.) mit Nebennierenatrophie, davon 28 mit Thymushyperplasie; sehr schwere Atrophie zeigten 19 Fälle (7,9 pCt.), schwere 14 Fälle (5,8 pCt.), beide zusammen also 13,7 pCt. aller Sektionen; in 23 Fällen (9,5 pCt.) war die Atrophie meistens deutlich erkennbar. Diese Zahlen scheinen mir darauf hinzuweisen, dass die Vorgänge des Stoffwechsels, welche die Grösse der Nebennieren bedingen, vorwiegend des Cholestearinfettstoffwechsels, bei den Soldaten besonders beeinflusst wurden — ich kann einstweilen kaum die Frage andeuten, ob es sich dabei um Folgen der Tätigkeit, der Muskelanstrengung, der nervösen Erregung, oder infolge der Ernährung im allgemeinen, oder nur um Folgen der tödlichen Erkrankungen handelt. Dass die letzteren, Sepsis oder ähnliches, nicht allein massgebend sein können — wenn sie auch manchmal eine rapide Abnahme der Lipoiden veranlassen, — geht schon aus dem Vorkommen der schwersten Atrophien bei plötzlichen Todesfällen hervor. Offenbar handelt es sich auch keinesfalls allein um Abnahme der Lipoidablagerungen und dadurch bedingte relative Schmalheit der Rinde, sondern um einen wirklichen Zellenschwund, starke Verkürzung der Zona fasciculata und wie ich wiederholt beobachtete, fast vollkommenes Fehlen der Regenerationszone der Nebennieren, der Zona glomerulosa. — Demgegenüber scheint mir die Thymushyperplasie, wie die Hyperplasie des Follikularapparates im wesentlichen eine Steigerung des Nukleinstoffwechsels (Ueberschwemmung des Körpers mit nukleinsreichen Zellen) zu verfolgen, wobei natürlich die Produktion anderweitiger Hormone parallel laufen kann“.

Die Frage, ob die Nebennierenatrophie die Thymushyperplasie veranlasst hat, oder umgekehrt, erscheint vorläufig noch ebensowenig, wie die zweite, welches von diesen beiden Organen die Alteration im Gesamtorganismus hervorruft, erklärt.

Eine eigentümliche Beleuchtung erfährt die Lehre vom Status thymicus durch die neuerdings bei Selbstmörderleichen gemachten überraschenden Befunde. Bei einem auffallend hohen Prozentsatz der Selbstmörder unter den Soldaten fand sich ebenfalls ein mehr oder weniger ausgeprägter Status thymicus mit Nebennierenatrophie. Man ist damit der Frage, ob der Selbstmord etwa pathologisch-anatomische Grundlagen habe, einer Frage, die schon immer Pathologen und Psychiater beschäftigte und auch eine recht grosse praktische Bedeutung hat, erheblich näher getreten. Besonders von den Psychiatern ist die Frage vielfach aufgeworfen worden, indem man den Selbstmord als die Reaktion einer erkrankten Psyche ansah. In der Literatur sind zahlreiche Beobachtungen über jene Beziehungen bekannt geworden. Die letzte grössere Zusammenstellung bis zum Jahre 1912 publizierte Miloslavich (22), der ich folgende Ausführungen entnehme:

Die erste umfassendere Darstellung über Beobachtungen an Selbstmörderleichen verdanken wir Heller (23), welcher im Jahre 1900 über 300 Sektionsfälle von Selbstmördern berichtet. Heller betont in seinen Fällen die grosse Zahl von akuten Krankheiten, welche Erfahrungen er sonst nicht in der Literatur erwähnt fand. Er registriert ferner: „Veränderungen des Zentralnervensystems und seiner Hüllen in mannigfachen Kombinationen: Hyperostosen, Sklerosen des Schädels, Hämorrhagien, Erweichungsherde des Gehirns usw., Missbildungen, Tumorbildungen. Bei Frauen Zustände von Gravidität, Status post partum und Menstruationen als physiologische Zustände, welche zu abnormem psychischem Verhalten in hohem Masse disponieren. Mancherlei Veränderungen werden von ihm auf Alkoholismus bezogen, der gleichfalls mit unter den letzten Ursachen des Selbstmordes angeführt erscheint. Nur in 8 pCt. seiner Fälle ist vermerkt, dass pathologische Befunde nicht vorhanden waren. Bezüglich der Beurteilung der Selbstmordfrage meint er: So dürfte scharf zu unterscheiden sein zwischen dem letzten Anlasse zur Tat, und der eigentlichen, die abnorme Reaktion bringenden Ursache. Die letztere ist das wesentliche, der erstere ist in seiner Art bedeutungslos, statt des einen hätte ebenso gut ein ganz anderes, verhältnismässig wenig bedeutendes Ereignis den gleichen Erfolg herbeiführen können“. So sind auch nach seiner Meinung statistische Angaben über die Veranlassungen der Selbstmorde von sehr geringem Werte und müsse es deshalb prinzipiell verlangt werden, dass die Sektion aller dem Anschein nach durch Selbstmord Umgekommenen stattfände, da durch die Sektion pathologische Zustände aufgedeckt werden können, welche zu vorübergehenden geistigen Störungen oder dauernder Beeinträchtigung der Zurechnungsfähigkeit erfahrungsgemäss die Grundlagen geben. (Von einem Status thymicus erwähnt Heller nichts in seinen Beobachtungen; es liegt nahe anzunehmen, dass er auf diesen damals noch nicht genauer bekannten und definierten Zustand noch nicht geachtet hat.)

Ollendorf (18), auf der Arbeit von Heller fussend, berichtete im Jahre 1905 über 362 Selbstmordfälle, die eine fast vollinhaltliche Bestätigung der Heller'schen Befunde darstellen. Akut fieberhafte Krankheiten verzeichnet er in 65 Fällen (17,96 pCt.), worunter sich 34 Fälle (9,39 pCt.) von frischer Milzschwellung befinden.

Auch Ollendorf schenkt dem Statusthymico-lymphaticus offenbar keine besondere Beachtung, denn in seinen Fällen findet man nur 3 Mal eine Schwellung des lymphatischen Apparates, ferner in 4 Fällen eine persistierende Thymus, die letztere einmal in Kombination mit der Schwellung des lymphatischen Rachenringes erwähnt.

Im Jahre 1906 haben sodann Bartel mit Stein (17) gelegentlich der Wiedergabe histologischer Untersuchungen über den Status thymico-lymphaticus drei Fälle von Selbstmördern vermerkt, welche einen ausgeprägten Grad von Lymphatismus mit übergrosser Thymus aufwiesen.

Fall 1. 18jähriger Mann (Kopfschuss 13. 3. 1905). Status thymico-lymphaticus. Thymus 30,6 g. Enge des arteriellen Systems.

Fall 2. 19jähriges Mädchen, 4. 12. 1904 (Vergiftung mit 100 bitteren Mandeln). Status thymico-lymphaticus, Thymus 18 g.

Fall 3. 20jähriges Mädchen, 4. 12. 1904 (Sturz aus der Höhe.) Status thymico-lymphaticus (Thymus 29,5 g). Enge des arteriellen Systems.

Die Zahl der Fälle war zu klein, um damals daraus irgendwelche positiven Schlussfolgerungen zu ziehen, wohl aber gaben die Fälle Veranlassung zu einer später zu erörternden ausführlicheren Mitteilung Bartel's.

Das Jahr 1909 bringt uns eine grössere Abhandlung von Brosch (16), welche speziell die Frage der militärischen Selbstmörder zum Ziel hat.

Soweit er Veränderungen pathologisch-anatomischer Natur beschreibt, findet er sich vielfach in Uebereinstimmung mit Heller. Speziell den Residuen akuter Entzündungen, sowie Atrophien und Hypertrophien und mannigfachen Bildungsanomalien, erscheint ein besonderes Augenmerk zugewendet. Ein grosses Gewicht wird ferner auf den „Status digestionis“ gelegt. Im Anhang wird erwähnt, dass Veränderungen am lymphatischen Apparate bei Selbstmördern ziemlich reichlich beobachtet würden. Es wird diesbezüglich ferner bemerkt, dass die Untersuchungen schon fast abgeschlossen waren, als die Aufmerksamkeit auf diese Verhältnisse gelenkt wurde. So ergab sich an Fällen späterer Untersuchungsreihen eine oft ungewöhnliche Grösse der Thymus und auch das Bild des Status lymphaticus. Hierzu bemerkt Brosch: „Da aber im vorliegenden Material nicht systematisch auf diese Veränderungen geachtet wurde, können darüber auch keine präzisen Zahlen angegeben werden und bleiben dieselben einer späteren Publikation vorbehalten“.

So viel jedoch ist trotzdem zu ersehen, dass Status lymphaticus bei seinen Selbstmordfällen ziemlich häufig war. Bald nach Brosch veröffentlichte Bartel (15) im Anschluss an jene oben erwähnten drei Fälle in einer grossen Arbeit seine Beobachtungen an 126 Selbstmörderobduktionen. Das Hauptgewicht wird diesmal von ihm auf das Vorhandensein eines Status thymico-lymphaticus bzw. lymphaticus gelegt. Er zeigt, indem er sein Material je nach der Genauigkeit der Sektion mit Beachtung der verschiedenen Befunde in Gruppen teilt, wie das Bild des Selbstmörders auf dem Sektionstische bei zunehmender Aufmerksamkeit auf „scheinbar zufällige und unbedeutende Nebenefunde“ ein bestimmtes Gepräge zeigt. Dies gilt in erster Linie für den Lymphatismus, der, wie Miloslavich betont, „mit Fug und Recht als ein sicheres und prägnantes Signum einer „Konstitutionsanomalie“ zu betrachten ist.

Unter 52 Fällen seiner Gruppe 2 und 3 vermerkt Bartel in 63 pCt. einen Status thymico-lymphaticus, in 20 pCt. Teilsymptome einer solchen Körperbeschaffenheit. Bartel bemerkt hierzu: „Wenn solchergestalt in 18 pCt. der Fälle Angaben negativ erscheinen, so darf nicht vergessen werden, dass in Gruppe 2 die Protokollierung keine entsprechend sorgfältige war“. Tatsächlich erwies sich in Gruppe 3, welche 26 auf das Genaueste protokollierte Fälle umfasste, dass der Lymphatismus meistens hohen Grades, mit und ohne Thymus persistens, bei Selbstmördern namentlich der jüngeren Jahrzehnte ein fast konstanter Befund ist. Bartel stellt sodann, ohne jedoch ein Dogma damit

zu verkünden, als allgemeine Regel im Obduktionsbefunde bei Fällen von Selbstmord folgende Sätze auf: „Es stellt sich hiermit der Selbstmord vorwiegend als eine Erscheinung des jugendlichen Alters, während und nach der Pubertätszeit dar, ohne dass sich hierbei eine besondere Prävalenz des einen oder anderen Geschlechts ergeben würde. Oft über ihr Alter entwickelt, sind es sehr oft übermittelgrosse Individuen mit zumeist kräftigem Knochenbau, wobei die zum Teil sehr hoch gewachsenen Individuen gelegentlich Anzeichen von Rachitis erkennen lassen. Bei gut, ja oft überreich entwickeltem Fettpolster sind auch die inneren Organe gut entwickelt und zeigt namentlich das Gehirn hohe Gewichtszahlen, so dass gelegentlich direkt von einer Hypertrophie der inneren Organe gesprochen werden kann. Wie die grossen parenchymatösen Organe ist auch das lymphatische Gewebe stark entwickelt. Es ist gelegentlich an einzelnen Stellen, nicht allenthalben, namentlich bei Individuen jüngerer Altersstufen hyperplastisch, so dass in vielen Fällen geringere oder höhere Grade von Lymphatismus konstatiert werden können. Gleichzeitig zeigt oft auch die Thymus eine starke und für das Alter eine überstarke Entwicklung, so dass sehr oft die Diagnose eines Status thymico-lymphaticus gerechtfertigt erscheint. In einem gewissen Gegensatz zu diesen Beobachtungen steht die Entwicklung des arteriellen Systems. Bis auf einzelne Fälle der hohen Altersstufen ist die Aorta über den Klappen von oft bedeutend geringerer Weite als die Pulmonalis und besteht des öfteren eine Aorta angusta. Die Gefässwand ist meist zart, zeigt öfters geringgradige fleckweise Degeneration der Intima, sehr selten ein auch nur einigermassen entwickeltes Atherom. Das Herz zeigt in Höhe und Dicke wechselnde Verhältnisse. Bezüglich der inneren Organe weise ich noch ergänzend hin auf fast durchaus immer vorhandene starke Entwicklung der Appendix, auf Befunde eines Etat mamellonné des Magens und der kolloiden Entartung der Thyreoidea. Genitale beim Mann meist gut entwickelt; zeigt beim weiblichen Selbstmörder ein paralleles grosses, mit Follikelzysten durchsetztes Ovarium. Allgemein als krankhaft angesehene Prozesse — abgesehen von den durch die Art des Selbstmordes bedingten Veränderungen und Folgekrankheiten — gehören zu den relativ selteneren Befunden. Zum Schluss wird betont, dass, wenn auch durch diese Befunde die Selbstmordfrage noch keineswegs gelöst erscheine, doch ein Fingerzeig vorhanden sei, über die bisherige Art und Weise der Sektionen bei Selbstmördern hinaus genau auf Momente zu achten, welche für eine konstitutionelle Anomalie zu sprechen geeignet sind; dabei müsse man, wie den mannigfachen Bildungsfehlern, auch dem ganz häufigen Befunde des Status thymico-lymphaticus das Interesse zuwenden.

Die nächste Zusammenstellung liefert Egglhuber (24), der aber wieder dem Status thymico-lymphaticus kein besonderes Augenmerk zuwendet.

Er erwähnt drei Mal die Persistenz der Thymus, die in einem Falle mit lymphatischer Hyperplasie verbunden war, und bemerkt hierzu: „Dem Status thymico-lymphaticus wird von mancher Seite eine Beziehung zur Entstehung von Geistesgestörtheit zugeschrieben. Wir wissen von diesen Verhältnissen wenig Sicheres.“ Sonst sind in den Aufzeichnungen Egglhuber's zahlreiche

Beobachtungen derart, wie sie seit Heller bekannt sind und auch von Brosch und Bartel gesehen wurden, vermerkt. Egglihuber meint, diese Befunde müssen, wo die Sektion sonst nichts ergibt, als Verlegenheitsursache dienen, und es komme ihnen, besonders wenn sie nicht auffallend sind, keine Beweiskraft zu.

Als Fortsetzung der Arbeit von Brosch veröffentlicht Miloslavich selbst im Jahre 1912 eine Statistik über Selbstmordfälle. Er teilt dieselbe in 5 Gruppen ein:

Gruppe 1: Status thymico-lymphaticus: Ausgesprochene Schwellung des gesamten lymphatischen Apparates mit übergrosser Thymus.

Gruppe 2: Status lymphaticus: Schwellung des gesamten lymphatischen Apparates ohne Bestehen einer Thymushyperplasie oder mit einem Thymus-fettkörper.

Gruppe 3: Status thymicus: Uebergrosse, zuweilen zweilappige Thymus ohne anscheinend sichtbare Beteiligung des lymphatischen Apparates.

Gruppe 4: Teilsymptome eines Lymphatismus: Partielle Schwellung des lymphatischen Apparates (wie Darmmesenterialdrüsen, Milz, Zungengrund usw.).

Gruppe 5: Negative Fälle.

Als Ergebnis finden sich Anzeichen einer lymphatischen Konstitution in 80 pCt. aller Fälle (88 von 110) und zwar:

Gruppe 1: Status thymico-lymphaticus in 52 Fällen = 47 pCt.

Gruppe 2: Status lymphaticus in 23 Fällen = 21 pCt.

Gruppe 3: Status thymicus in 9 Fällen = 8,5 pCt.

Gruppe 4: Teilsymptome in 4 Fällen = 3,5 pCt.

Gruppe 5: Negative Angaben in 22 Fällen = 20 pCt.

Es findet sich in diesen Befunden eine weitgehende Uebereinstimmung mit den Beobachtungen Bartel's: Die Tatsache, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Selbstmörder ein Status thymico-lymphaticus oder Teilsymptome desselben zu konstatieren ist, ist nicht zu leugnen. Ferner auch die Tatsache, welche auch Miloslavich bestätigen konnte, dass dieser Status häufiger in der Jugend anzutreffen ist, wie in späteren Jahrzehnten, und der Selbstmord ebenfalls Individuen der ersten Jahrzehnte betrifft. Seine Abhandlung resümiert Miloslavich mit folgenden Worten: „Wenn seinerzeit Heller auf Grund seiner Beobachtungen die genaue Obduktion der Leichen von Selbstmördern als ein auf verschiedenen sozialen Momenten basierendes Erfordernis bezeichnete, so möchte ich mich diesem Standpunkte auch nach den von mir mitgeteilten Befunden voll und ganz anschliessen. Dabei möchte ich mit Bartel auf die besondere Bedeutung der so überaus häufigen Beobachtungen eines zumeist sehr ausgesprochenen Status thymico-lymphaticus hinweisen, welche Konstatierung man bei keiner Sektion von Selbstmördern unterlassen sollte. Es hat ja gerade die Frage der besonderen Leibesbeschaffenheit der Selbstmörder nicht nur ihre Bedeutung für den betreffenden Fall an sich, sondern auch für die so oft zur Diskussion gestellte Frage der auslösenden Mitschuld dritter Personen an der

eingetretenen Katastrophe, welche Frage besonders im militärischen Milieu eine bedeutende Rolle spielt.“

Die Ergebnisse der klinisch-psychiatrischen Beobachtungen stellt Pilcz (31) in einem Sammelreferat zusammen. Er führt Statistiken der verschiedenen Autoren über die Prävalenz des männlichen und weiblichen Geschlechts zum Selbstmord an, verteilt auf die einzelnen Länder, sodann Zusammenstellungen der einzelnen Altersklassen. Auch er kommt zum Schluss, dass der Selbstmord vorwiegend eine Erscheinung der drei ersten Lebensjahrzehnte sei. In seinen weiteren Ausführungen, die eine Tabelle über die einzelnen Todesarten bringen, sowie Beziehungen von Menstruation und Geisteskrankheiten zum Selbstmord, interessiert uns, dass auch er in 3 Fällen einen Status thymicus erwähnt.

Mit den zuletzt referierten Angaben der Wiener Autoren stehen nun die Befunde, welche Herr Geheimrat Beneke in seiner Tätigkeit als fachärztlicher Beirat während des Krieges erheben konnte, und welche er mir zur Veröffentlichung überwiesen hat, in erfreulicher Uebereinstimmung, insofern bei der überwiegenden Mehrzahl der Soldatenselbstmörder ein Status thymico-lymphaticus konstatiert werden konnte. Es handelt sich um 16 Fälle, von denen 8 einen ausgesprochenen, 4 einen weniger deutlichen Status thymico-lymphaticus zeigen, 4 Fälle waren negativ. Die ausführlichen Sektionsberichte und Epikrisen der 8 positiven Fälle nebst den entsprechenden anamnestischen Angaben, soweit solche zu erlangen waren, will ich hier folgen lassen:

Fall 1. Paul Sch., Kanonier, 19 Jahre.

Sektionsdiagnose: Selbstmord durch Erhängen. Schwerer Status thymicus.

Angaben aus dem Leben (einem Briefe der Schwester entnommen): Als Kind war Sch. sehr artig und gehorsam; mit 9 Jahren Lungenentzündung, mit 15 Jahren Typhus (16 Wochen krank gewesen). Als Bursche war er sehr fleissig und sparsam. Als er zum Militär eingezogen war, zeigte er gedrückte Stimmung, äusserte mehrmals, er könne das Soldatenleben nicht ertragen. Auf mehrfache Fragen seiner Schwester, was ihm eigentlich fehle, sagte er, er wisse nicht, was ihm fehle, er habe eine solche Angst, die er nicht wieder los werden könnte. Erregt war er sehr leicht.

Sektionsbericht: Am 12. 5. 1916. Selbstmord durch Erhängen. Sektion am 16. 5. Hochgradig entwickelte Fäulnis, sehr starke Entstellung des Gesichts, welches tiefblaurot und schwarzgrün erscheint, sowie des überall durch Gas aufgetriebenen Körpers. Untersetzter, kräftiger Körper, stark entwickeltes Fettgewebe, prall. Strangulationsmarke am Halse nicht deutlich. Da die Beerdigung unmittelbar bevorstand, konnte nur eine unvollkommene

Sektion vorgenommen werden. Dieselbe ergab starke Blutüberfüllung des Herzens und der Lungen sowie der Bauchorgane. Die Thymusdrüse ist relativ weich, gross, dunkelrot, parenchymatös. Nebennieren auffällig klein, schmal, nur hier und da kleine Fettherde in der Rinde, welche im übrigen dunkelbraun erscheint, sehr schmales Mark von grauer Farbe.

Epikrise: Aus dem Sektionsbericht geht unzweifelhaft die Vergrösserung der Thymusdrüse sowie die Nebennierenatrophie hervor. Die anamnestischen Aussagen der Schwester schildern den Sch. als einen in letzter Zeit sehr nervösen Menschen, auf den das Soldatenleben eine sehr starke depressive Wirkung ausübte, die sicherlich in der durch den Status thymicus bedingten Alteration seiner Psyche ihre Begründung findet.

Fall 2. Willi M., 30 Jahre, Flieger.

Sektionsdiagnose: Selbstmord durch Erhängung (breite Strangrinne). Allgemeine akute Stauung. Status thymicus (Nebennierenhyperplasie, Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen).

Bericht des Arztes: Am 1. Januar 1917 abends zwischen 7 und 7 Uhr 30 Min. wurde der diensthabende Sanitätsunteroffizier zur Stube 9 im Revier der Fliegerkompagnie gerufen, dort sei ein Mann wahnsinnig geworden. Als der Sanitätsunteroffizier in die Baracke kam, fand er M. vor, der von 2 Kameraden festgehalten wurde. M. zitterte am ganzen Körper, die Hände krampften sich auf und zu, die Augen waren ganz geistesabwesend, irrten hin und her, Sch weiss stand ihm auf der Stirn. M. machte vollkommen einen geistesgestörten Eindruck. — Seine Kameraden auf der Stube machten folgende Angaben: M. habe die letzten 10 Tage seinen Kameraden gegenüber über starke Kopfschmerzen geklagt und habe die ganzen Nächte nicht geschlafen. Er hatte sich krank gemeldet und da leichte Temperaturerhöhung da war, Bettruhe erhalten. Der Vater von M. sei Sylvester 1915 wahnsinnig geworden und 8 Wochen in einer Anstalt gewesen. Am 1. Januar 1917 gegen 7 Uhr abends war M. mit seinem Freunde dem Flieger W. in ein benachbartes Dorfwirtshaus gegangen. Er habe dort nur ein Glas Bier getrunken, sei aber gleich wieder weggegangen, weil er so starke Kopfschmerzen gehabt hätte, er wolle ein wenig Luft schnappen. Um 7¹/₄ Uhr sei er wieder auf die Mannschaftsstube gekommen, habe sich gänzlich erschöpft und schwer atmend, angezogen und mit Mantel und Koppel auf den Schemel gesetzt. Die Kameraden glaubten, dass ihm schlecht wäre, banden ihm das Koppel ab, zogen ihm den Mantel aus und gaben ihm etwas Kaffee zu trinken. M. blieb auf dem Stuhl sitzen. Mit einem Mal erhob er sich, zog sein Seitengewehr aus der Scheide, hielt es ganz lose in der Hand. Die Spitze war dabei eher nach seiner Brust als nach den Kameraden hingeneigt. Ein Kamerad nahm ihm das Seitengewehr aus der Hand und zwei andere hielten ihn, der jetzt ganz schwach und völlig irre schien. Es wurde nach dem Sanitätsunteroffizier geschickt. M. hatte kein einziges Wort gesprochen

auch nicht auf gutes kameradschaftliches Zureden. Nur als ihm der Kamerad zum zweiten Male Kaffee reichen wollte, sagte er: „Wilhelm, nun willst Du mir auch Gift geben!“ Dem Sanitätsunteroffizier sagte er kein Wort und gab keine Antwort. Der Sanitätsunteroffizier ordnete deshalb seine Ueberführung mit Krankenautomobil in das Lazarett an.

Daten aus der Krankengeschichte: Wegen Tobsuchtsanfall im Lazarett zur Beobachtung aufgenommen, macht M. den Eindruck eines Betrunkenen. Nach durchgeschlafener Nacht anscheinend ganz normal, nur Kopfschmerz. In der darauf folgenden Nacht entwich M. und wurde in der Scheune eines benachbarten Dorfes erhängt aufgefunden.

Sektionsbefund: 170 cm gross, mässig kräftig gebaut. Haut am Kopf mässig stark zyanotisch. Unter dem Kinn eine breite Strangulationsmarke, überwiegend auf der rechten Halsseite; sie zeigt keine deutlichen Abdrücke, wie von gedrehtem Strick, sondern erscheint mehr als platte bis 3 cm breite Eintrocknung. Unter derselben zeigt das Binde- und Muskelgewebe keine Blutungen oder sonstige Verletzungen; auch die Karotiden sind beiderseits normal. An beiden Beinen oberhalb und unterhalb der Knie leichte Abschürfung, unter welchen ungemein starke, prall schwarzrote Kontusionsblutungen liegen. mehrere finden sich auch ohne oberflächliche Abschürfungen. Auch am Kinn eine kleine subkutane Blutung. — Fettgewebe mässig entwickelt, Muskulatur kräftig, dunkelrot.

Schädel dünn, hart, fast keine Diploe, blutreich. Dura und Pia sehr blutreich, letztere feucht. Gehirn prall, blutreich, etwas feucht, fest. Ventrikel ohne Besonderheiten. Keine Herderkrankungen.

Thymus im oberen Teil deutlich parenchymatös, dieser Abschnitt wiegt 3 g; wo der untere Abschnitt liegen sollte, findet sich nur ein grosser Fettballen, dessen Natur als Thymus nicht sicher erkennbar ist.

Herzbeutel normal. Herz 360 g, normal proportioniert, fest, kräftig, dunkelgraurote Muskulatur. Alle Lumina sind mit flüssigem dunklem Blute gefüllt. Klappen ohne Besonderheiten.

Aorta 60 mm, glatt, Pulmonalis 62 mm, keine Ekchymosen.

Lungen frei beweglich, blutreich, sonst ohne Besonderheiten. Luftwege ohne Besonderheiten. Am Kehlkopf und Zungenbein keine Verletzungen. Thyreoidea normal gross, blutreich.

Zungenbalgdrüsen und Tonsillen sehr gross, sehr prall, Oesophagus ohne Besonderheiten.

Milz mittelgross, blutreich, Follikel nicht besonders hervortretend.

Beide Nebennieren je 4 g, gross und breit, aber auffällig platt, scharfe Ränder, Mark sehr stark reduziert, Rinde dünn, halb gelb, halb braun.

Beide Nieren je 120 g, sehr blutreich, prall, sonst ohne Besonderheiten. Blasse Genitalien ohne Besonderheiten, Hoden je 32 g.

Leber gross, prall, blutreich.

Magen und Darm ohne Besonderheiten. Keine Follikularhypertrophie. Im ganzen Dickdarm sehr dünnbreiiger Kot. Alle nach unten liegenden Darmteile sehr hochgradig hyperämisch (Senkung).

Epikrise: Auch hier handelt es sich um einen Mann mit hoher Labilität des Nervensystems, welche zweifellos in dem bei der Sektion gefundenen Bunde von Hypoplasie der Nebennieren einerseits, der Hyperplasie der Zungenbalgdrüsen und der Thymusdrüse andererseits, die wohl sicher einen pathologischen Einfluss auf den Organismus ausübten, ihre Ursache hat. Die Angaben über die letzten Lebenstage deuten auf schwere geistige Störung. Sehr bemerkenswert ist die anscheinend vorhandene Heredität der letzten.

Fall 3. Johann B., 26 Jahre, Musketier.

Sektionsdiagnose: Hirnschussverletzung (Suicidium) mit ausgedehnter Schädelzertrümmerung. Lungenhyperämie. Nebennierenschwund. Geringe Hautexkoriationen.

Daten aus der Krankengeschichte: Kam am 20. 9. 1916 mit dem Lazarettzug in Naumburg an, nachdem er angeblich am 13. 9. im Schützengraben verschüttet worden war. Aeusserte seit längerer Zeit, schon vor der Verschüttung, Selbstmordabsichten, weil er das Leben an der Front nicht mehr ertragen könne. Angeblich schwerhörig. Ohrenlaufen nach der Verschüttung. Erschoss sich mit Revolver am 21. 9. im Garten des Reservelazarets.

Sektionsbefund: 180 cm lang, sehr kräftig gebaut, starke Zyanose, Fettgewebe kräftig entwickelt, Muskulatur sehr stark, steif. An der oberen Brust und vorderen Halshaut eine Anzahl kleiner verschorfter, sehr oberflächlicher Exkoriationen. Keine Einsprengungen. Die übrige Haut des Körpers zeigt keine Verletzungen ausser der rechten Schläfe. Hier findet sich eine etwa 2 cm lange, fetzige, klaffende Platzwunde, deren Umgebung teils von Kohle geschwärzt, teils blutbeschmutzt ist. Aus dem linken Ohr und beiden Nasenlöchern entleert sich Blut. Die Gegend des linken oberen Augenlides ist etwas bläulich.

Unter der Kopfwunde ist die Haut etwas aufgehoben und in einem Umkreis von mehr als Fünfmärkstückgrösse mit Kohle imprägniert. Weiterhin ist die Subkutis hier in Ueberhandtellergrösse sehr stark hämorrhagisch infiltriert. Als Quelle dieser Blutung ist eine grosse zerrissene Temporalvene anzusehen. Dicht unter der Hautwunde sitzt in der Galea ein plattes, sehr dünnes, etwa 7 mm grosses Bleifragment, mit scharfen Schlifflinien der glänzenden Oberfläche. Das Schläfenbein zeigt in der Nähe der Linea semicircul. eine kreisförmige Oeffnung etwa 8 mm breit. Der Wundrand der Tabula ext. ist sehr scharf, an der Innenfläche ist ein Stück genau kreisförmig in einem Umfang von etwa 3 cm abgesplittert. Die Dura ist in fünfmärkstückgrossem Umfang vom Schädel gelöst. Zwischen beiden liegt viel Kohlenstaub fest in dem Bindegewebe; auch die Knochenwundfläche ist überall schiefergrau. Die Dura zeigt einen etwa 2 cm langen Riss, aus welchem die Hirnmasse vorquillt. Unter ihm beginnt ein mindestens 2 Finger breiter, zeretzter Schusskanal, in welchem zahlreiche Knochensplitter und ein kleines Bleistück liegen, einige sind weit in die anstossende Hirnsubstanz versprengt. Der Kanal zieht sich sehr oberflächlich durch das rechte Zentralhirn unter zunehmender Verschmälerung,

durchbricht mehrere Sulci und zuletzt die Falx cerebri dicht unter dem Sinus. Dann geht er links durch die Rinde der vorderen Zentralwindung, über welcher die Dura einen 1 cm langen Riss aufweist; hier ist wiederum im Subduralraum reichlich Kohle der Dura eingelagert. Weiterhin geht der Schusskanal fast bogenförmig durch die oberflächlichen Teile des linken Parietalhirns und endet unmittelbar über dem Felsenbein, als schmaler blutinfiltrierter Gang. Hier liegt eine grosse, zum Teil abgeschliffene und stark verbogene Revolverkugel in der Hirnrinde. Alle Piateile um den Kanal herum sind erheblich in weitem Umfange hämorrhagisch infiltriert. An der Hirnbasis fast gar kein Blut. Gehirn im allgemeinen von normaler Festigkeit und Form. Nur am rechten Schläfenlappen findet sich vorn unten eine tiefe keilförmige Einsenkung (Sulcus), welcher ein besonders hoher Zacken des Schädels, entsprechend einer Kammböhe zwischen tiefen Impressiones digitatae, entspricht. Hirnventrikel normal, blutfrei.

Von der Wunde des rechten Schläfenbeines zieht sich ein mehrfach verästelter Sprung durch die rechte Orbitaldecke am Siebbein und weiter durch die ganze linke Orbitaldecke. Diese bildet mehrere grosse, durch Sprünge von einander getrennte, aber sonst nicht dislozierte Splitter. Ein weiterer grosser Sprung zieht sich von dem Einschuss aus horizontal durch das Siebbein bis jenseits der linken Stirnhöhle. Auch an der linken Felsenbeinpyramide findet sich vorn aussen ein zarter Sprung. Unter diesem zeigt sich das Felsenbein und die Trommelhöhle stark von Blut durchsetzt; Eiterung fehlt völlig. Das rechte Mittelohr ist ganz normal. Die Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhle sind stark mit Blut gefüllt, ebenso das Bindegewebe der linken Orbita. In allen diesen Höhlen findet sich kein weiteres Geschoss mehr. Vor dem grossen Stirnbeinsprung ist die Galea sehr stark hämorrhagisch infiltriert.

Herz normal gross, fest zusammengezogen, steif.

Lungen hochgradig hyperämisch, gebläht, sonst normal.

Thymus mittelgross, nicht besonders prall, blutreich.

Abdominalorgane überall blutreich, sonst ohne Besonderheiten. Nur die Nebennieren sind auffallend schmal und platt, hellgelbe, scharf begrenzte Rinde, schmales graues Mark.

Die Sektion musste wegen Zeitmangels abgebrochen werden.

Epikrise: Die schon häufiger geäusserten Selbstmordabsichten deuten auf eine anormale Beschaffenheit des psychischen Gleichgewichtes hin. Die auffallende Schmalheit und Platteit der Nebennieren dürfte wohl in direkter Beziehung dazu stehen. Die Entwicklung der Thymusdrüse erschien nicht übermässig, doch ist auch im Hinblick auf die Stärke der allgemeinen Fettentwicklung der vorgefundene Zustand jedenfalls eher im Sinne eines positiven Status thymicus aufzufassen. Bemerkenswert sind die interessanten Befunde der Schädel- und Gehirnschusswunde.

Fall 4. Richard H., 21 Jahre, Musketier.

Sektionsdiagnose: Vergiftung durch Kresol (Selbstmord). Erstickung durch Larynxödem? Starke Entzündung und oberflächliche Verätzung des Oesophagus, Magens, Duodenums, Jejunums. Lungen-, Leber-, Nierenhyperämie, Tracheitis. Bronchitis acuta. Schädelusur und Ausweitung. Hochgradiger Status thymico-lymphaticus mit Nebennierenatrophie.

Vorgeschichte: War als Rekrut seit Juni 1915 im Dienst. Seit einiger Zeit in ärztlicher Behandlung, machte den Eindruck von Imbezillität, zeitweise läppisches Wesen. Kopfschmerzen. In der letzten Zeit angeblich Selbstmordgedanken (suchte sich eine Pistole zu verschaffen). Heute früh trank H. in einem unbewachten Augenblick eine Flasche Kresolseifenlösung aus. Als bald Brechen, anhaltende sofortige Ausspülung des Magens mit HCl-Lösung, eine Stunde nach der Aufnahme des Kresols Exitus.

Sektionsbefund: Gross, kräftig gebaut, Haut prall, sehr starke Blutsenkung. Mässige Zyanose des Gesichts, Fettgewebe sehr kräftig, prall, hellgelb. Starke Muskulatur, ausgeprägte Starre. Aus allen angeschnittenen Hauptvenen strömt dunkles, flüssiges Blut, aus den Halsvenen ganz besonders grosse Mengen. — Thorax normal.

Thymus liegt, ungewöhnlich gross, in zwei langen, hellgrau-roten Lappen dem Herzbeutel seitlich an, reicht bis fast zur Schilddrüse; diese ist klein, prall, tiefrot, trocken, ohne Kolloid.

Herzbeutel ohne Besonderheiten, Herz gross, prall, steif, mit dunklem, flüssigem Blut gefüllt, namentlich der rechte Ventrikel. Muskulatur steif, hellgraurot, sehr kräftig. Aorta ausgeprägt eng, von guter Festigkeit.

Lungen frei beweglich, glatte Pleuren, Lungengewebe stark blutreich, trocken, Bronchi links normal, rechts mit zähem Schleim gefüllt, mässig gerötet. Die Schnittfläche riecht etwas nach Karbol.

Trachea stark gerötet, reichlich zäher Schleim. Larynx erheblich diffus gerötet, falsche Stimmbänder leicht ödematös, die Schleimhaut der Epiglottis und ihrer Umgebung sehr hochgradig ödematös, in ganzer Ausdehnung mit sehr zähem, reichlichem, klarem Schleim fest bedeckt. Keine Weissfärbung. Zungenbalgdrüsen ganz ungewöhnlich dick und reichlich prall, weissgrau. Tonsillen desgleichen sehr gross, Zungen und Mundhöhlenschleimhaut wenig verändert, schleimbedeckt.

Oesophagusschleimhaut in ganzer Länge trocken, faltig, weissrötlich, lederartig. Keine Membranen oder Verätzungen der tieferen Lagen.

Peritoneum normal.

Milz mittelgross, schlaff, stark gelappt, weich, dunkelrotgrau. Schnittfläche einsinkend, brüchig, Follikel nicht hervortretend.

Nebennieren ausgeprägt atrophisch, schmal, hellgraugelb. Nieren ziemlich klein, prall, fest, tiefrot, Rinde leicht getrübt. Im Nierenbecken rechts dunkelrötliche trübe Flüssigkeit.

Blase prall gefüllt mit nicht nach Karbol riechendem, hellgelbem klarem Harn.

Prostata ohne Besonderheiten. Samenblasen leer, normal gross, Hoden gross, sehr hellgelbgrau, weich, leicht auffaserbar, Penis sehr gross, blutreich.

Leber prall, dunkelrotbraun, ohne Herderkrankungen. Leichtes Oedem am Ligamentum coronarium. Stark hervortretende Glisson'sche Kapsel der Portalgefässe.

Magen sehr gross, weit, prall gefüllt mit $1\frac{1}{2}$ Liter einer intensiv nach Karbol riechenden weissgrauen Flüssigkeit. in welcher reichliche grobe Nahrungsstücke, darunter lange, pralle, harte Würstchenschalenstücke schwimmen. Schleimhaut überall intensiv gerötet, weich, vielfach auch leicht weisslich, gequollen, mit reichlichem Schleim bedeckt, keine Membranen, sehr starke Entwicklung der Follikel.

Im Duodenum und Jejunum reichliche Mengen derselben weissgrauen, stark nach Kresol riechenden Flüssigkeit. Schleimhaut schlaff, leicht infiltriert, rötlich oder dick weisslich trüb belegt. Keine Blutungen. Erst im unteren Ileum hört der Kresolgeruch auf. Hier ist die Schleimhaut trocken, mit gallertartigem Kotbrei bedeckt. Sie zeigt reichliche Follikelbildung. Peyer-Haufen treten nicht besonders auffällig hervor. Dickdarm enthält reichlich trocknen, breiigen Kot, überall sehr reichliche Solitärfollikel. Retroperitoneallymphdrüsen nicht auffällig. Wirbelkörper normal.

Schädel dünn, vorn schmal, in den hinteren Abschnitten breiter. Innenfläche zeigt unregelmässige Impressiones sehr deutlich, sie ist vielfach etwas rauh, porös, rötlich. Dura dünn, gespannt. Pia leicht ödematös. Gehirn riecht deutlich nach Karbol, gross, prall, feucht, mässig blutreich, normale Zeichnung und Formen aller Teile. Ventrikel mässig weit, klare Flüssigkeit. Nirgends Herderkrankungen. Tela und Plexus normal. Hypophysis etwas gross. Epiphysis normal. Knochen der Schädelbasis auffallend dünn.

Epikrise: Die Eigentümlichkeiten des Status thymico-lymphaticus sind ausserordentlich gut ausgeprägt, ausserdem lautet die Sektionsdiagnose auf Schädelusur und Ausweitung. Dies deutet auf eine Gehirnhypertrophie hin, die in Korrelation mit dem Status thymicus, vor allem mit der ausgeprägten Nebennierenatrophie stehen dürfte. (Es ist dies ein analoger Fall, wie die anfänglich von Alexander und Anton erwähnten.) Die laut der anamnestischen Angaben bestehende Imbezillität und das läppische Wesen dürften wohl der klinische Ausdruck dieser Anomalie gewesen sein.

Fall 5. Friedrich F., Alter? Landsturmkreutz.

Sektionsdiagnose: Selbstmord durch Erhängung. Scharfe Strangrinne. Status thymicus. Rachitische Kyphoskoliose. Chronische Bronchitis. Rechtsseitige Herzhypertrophie. Mässige chronische Stauungsinduration der Nieren.

Sektionsbefund: 168 cm lang, Schädel sehr breit, rund, Okzipitalgegend platt. Brustwirbelsäule erheblich kyphoskoliotisch. Haut prall, sehr tief zyanotisch. Fettgewebe gut entwickelt. Muskulatur sehr stark, tiefrot,

sehr bedeutende Starre (Exitus etwa 10 Stunden a. m.). Hände durch einen zerrissenen Hosenträger zusammengebunden.

Am Halse dicht unter dem Kinn eine sehr tief einschneidende schmale Doppelstrangrinne mit Schnurabdrücken. Unter derselben ist das Bindegewebe dicht zusammengepresst, trocken, keine Blutungen.

Schädel sehr blutreich, dick, rachitische Form. Dura und Pia hochgradig hyperämisch. Gehirn desgleichen, sonst ohne Besonderheiten, nur sehr schwer; kein Hydrozephalus.

Thymus fast vollkommen parenchymatös, rotgrau, 28 g. Herzbeutel ohne Besonderheiten. Herz gross, 410 g, sehr prall, sehr fest, dunkelrotbraun, steif, in allen Höhlen mit schwarzrotem flüssigem Blut gefüllt, welches auch nach langer Berührung mit der Tischplatte nicht gerinnt. Rechter Ventrikel erheblich hypertrophisch, nicht dilatiert. Aorta 62, Pulmonalis 67 mm, beide glatt, keine Ekchymosen.

Lungen hochgradig hyperämisch. Schleimhaut der Bronchi dick, dunkelrot, mit reichlichem, zähem Schleim und Eiter bedeckt. Trachea o. B. Am Kehlkopf zeigt das linke Schildknorpelhorn eine alte, anscheinend verheilte Abknickung der Knorpelspitze, das rechte eine starke Krümmung der entsprechenden Stelle.

Zungenbalgdrüsen prall, mässig gross. Tonsillen nicht gross, fest, mit knorpliger Basis.

Thyreidea blutreich; starke Zyanose aller inneren Teile am Halse.

Milz gross, prall, etwas fest, in tiefroter, feuchter Pulpa treten massenhafte Follikel hervor.

Nebennieren, linke 6, rechte 7 g, beide etwas platt, scharfe, gelbe und braune Zone, beide gleich breit. Mark scharfbegrenzt, grau, in den Flügeln sehr reduziert.

Nieren, linke 70, rechte 140 g, beide hart, prall, tiefrot, keine Herderkrankungen. Blase und Genitalien ohne Besonderheiten, Hoden sehr gross, prall, hellgraurot, linker 28, rechter 30 g.

Leber sehr gross, prall, sehr blutreich, keine eigentliche Stauungszeichnung.

Magenschleimhaut faltig, dick, lederartig fest, meist tiefrot, keine Blutungen.

Darm ohne Besonderheiten. Im Ileum reichlich ziemlich grosse Solitärfollikel, Peyerhaufen nicht auffällig.

Epikrise: Anamnestic Angaben von irgend einer Seite fehlen. Der Status thymicus ist sehr ausgeprägt und steht wohl in irgend einer Beziehung zum Selbstmord.

Fall 6. Ernst R., 28 Jahre, Landsturmrekrut.

Sektionsdiagnose: Erstickung durch Kompression des Larynx und Aufwärtstreiben der Zunge. Status thymico-lymphaticus. Leichte Hypoplasie der Genitalien.

Nahm sich im Gefängnis das Leben, indem er seinen Hals unter das Bank-eisen der schweren Holzpritsche legte.

Vorgeschichte: R. war Lehrer und wurde von seinem vorgesetzten Schulinspektor, dem Ortspfarrer, als ein sehr fleissiger und strebsamer Mensch geschildert, der zudem in glücklichen äusseren Verhältnissen lebte. Bei dem geringsten Genuss von Alkohol jedoch fing er an zu querulieren, Handel und Streit zu suchen. Am anderen Tage wusste er nichts mehr davon. So kam er auch als Soldat — er hatte sich übrigens während der Dienstzeit sehr gut geführt — nach sehr geringem Alkoholgenuss mit seinem Unteroffizier in Streit und wurde sehr ausfallend gegen ihn. Der Unteroffizier redete ihm gut zu, jedoch ohne Erfolg, er erhielt darauf wegen Widerstands gegen Vorgesetzte Zuchthausstrafe. Der Selbstmord erfolgte in der Arrestzelle, angeblich nach Empfang eines Briefes von der Braut.

Die Art des Selbstmordes zeugte von der ungewöhnlichen Energie des Mannes. In Ermangelung irgend eines anderen Mittels — die Zelle enthielt nur die Holzpritsche — hatte R. die sehr starken eisernen Bügelschlösser, mit welchen die Pritschenfüsse mittels Bankeisen am Fussboden befestigt waren, gewaltsam aufgerissen, so dass es möglich wurde, die schwere Pritsche etwas hochzuheben. Hierdurch war es ihm gelungen, den Hals zwischen das Bankeisen und den Fussboden zu klemmen, so dass das Gewicht der Pritsche die Luftröhre zudrücken konnte. R. lag ausgestreckt auf der Erde. Gewiss ein besonders seltener Modus der Selbsterdrosselung!

Sektionsbefund: Mittelgrosser, kräftig gebauter Mann, Haut intensiv zyanotisch, namentlich am Kopf. Am Hals links in Kehlkopfhöhe eine kleine flache Eintrocknung. Eine zweite kleinere am rechten Unterkieferrand. Keine sonstigen Eindrücke in der Haut. Fettgewebe stark entwickelt, hellgelb, prall. Kopf im allgemeinen normal, nur das Horn des rechten Schildknorpels ist eingeknickt, aber frei von Blutung. Zungenbein und seine Bänder normal.

Thyreoidea blutreich. Das Mediastinalgewebe in der Gegend der Thymus kräftig entwickelt, einer Hyperplasie entsprechend. In den Halsmuskeln finden sich keine Blutungen, alle Halslymphdrüsen sind vergrössert, feucht, prall, tiefrot, auch das Fettgewebe am Halse stark injiziert; keine Blutungen. Zunge ganz ohne Besonderheiten. Follikel des Zungengrundes auffallend gross, desgleichen Tonsillen. Oesophagus ohne Besonderheiten. Milz relativ hellgraurot, sehr weich, schlaff, trübe. Follikel treten nicht besonders hervor.

Beide Nebennieren auffallend, schmal, klein, dunkelbraungrau, nur wenig kleine, gelbe, inselförmige Herde. Nieren gross, tiefschwarzrot, prall, trübe Rinde. Nierenbecken und Blase normal. Prostata ohne Besonderheiten.

Hoden etwas klein, körnig rotgrau, Penis relativ klein, desgleichen Skrotum, Behaarung des Genitale etwas spärlich, die Thoraxhaut gleichfalls wenig behaart, Kopfhaare sehr stark. Leber gross, prall, fest, tiefgraurot, fettlos. Magen und Darm enthalten reichlich unverdaute Speisereste, noch im Dickdarm unverdaute Rübenstücke u. a. Keine Follikelentwicklung im Darm, keine Peyerhaufen. Magenschleimhaut glatt, blass. Schleimhaut und Muskulatur des Traktus etwas dünn. Mesenterialdrüsen ohne Besonderheiten.

Pankreas mittelgross, weich, trübe. Das Netz- und Mesenterialgewebe kräftig entwickelt.

Epikrise: Es bestand bei diesem Fall eine auffallend geringe Widerstandsfähigkeit des Nervensystems gegen Alkohol, die vielleicht ihre chemische Ursache in einer durch den Status thymicus bedingten Stoffwechselanomalie hat. Diese Intoleranz darf wohl als eine Teilerscheinung psychischer Anomalie, einer nervösen Reizbarkeit im allgemeinen angesehen werden, aus welcher sich das Delikt des R. sowie sein ablehnendes Verhalten nach der Straftat einerseits, der Entschluss zu dem mit besonders verzweifelter Energie ausgeführten Selbstmord andererseits erklären. Vielleicht wäre die Strafbestimmung (10 Jahre Zuchthaus), welche den R. zur Verzweiflung trieb, milder ausgefallen, wenn dem Richter die psychischen Anomalien bekannt gewesen wären. Diese sind erst nach dem Tode des R. durch die Angaben, welche dem Obduzenten seitens des Ortspfarrers gemacht wurden, aufgeklärt worden. Wie mancher Fall würde vielleicht gerichtlich milder beurteilt werden, wenn der psychiatrischen Untersuchung auch die Untersuchung auf den etwaigen Status thymicus angeschlossen worden wäre! — Ein Fall, wie der des R., deutet mit allem Nachdruck auf die Notwendigkeit einer derartigen Berücksichtigung des letzteren durch den Gerichtsarzt hin.

Fall 7. Georg W., Alter ? Ersatzreservist.

Selbstmord durch Herz-Lungenschuss.

Sektionsdiagnose: Hämoperikard. Hämothorax. Status thymicus. Hypoplasie des Gehirns. Kyphoskoliose.

War psychisch minderwertig, ein Nichtstuer. Hat vor Jahren bereits mehrfach Selbstmordversuche gemacht (Lysol). Erschoss sich mit einem Revolver. Der Tod trat sofort ein.

Sektionsbefund: 157 cm gross; Thorax durch starke Kyphoskoliose nach rechts erheblich deformiert und verkürzt; Beine relativ lang, Haut im allgemeinen blass, Gesicht gerötet, Fettgewebe und Muskulatur mässig entwickelt, letztere weich und schlaff.

Ueber dem 4. Interkostalraum eine kleine Schusswunde, mit Blut überströmt, in deren Umgebung weithin ein brauner eingetrockneter Hof mit zahllosen eingesprengten kleinsten Pulverkörnchen sich zeigt. Der Schusskanal führt durch das mässig blutunterlaufene Fettgewebe zwischen 4. und 5. Rippe, 3 Finger breit vom Sternalrand entfernt, in den Herzbeutel, welcher einen schmalen Schlitz aufweist und mit geronnenem und flüssigem Blute, etwa 300 ccm, prall gefüllt ist. Weiterhin findet sich ein Einschuss am Herzen genau in der Mitte des Septums. Die entsprechenden Koronargefässe sind durchschossen, der Ausschuss liegt an der hinteren Wand des linken Ventrikels, ist nur wenig grösser als der Einschuss. Das Loch im Herzbeutel hinter dem Ausschuss ist schlitzförmig, klein, unmittelbar darunter setzt sich der Schuss-

kanal in die verwachsene linke Lunge fort, tritt unten links hinten wieder aus und trifft die 8. Rippe, welche völlig quergebrosen und hier mit Blut umgeben ist. Hinter ihr im Muskelgewebe die Revolverkugel, 6 mm, etwas abgeschliffen. Der Lungenschusskanal ist stark mit Blut gefüllt, die linke Pleura enthält zwischen weichen Verwachsungen etwa 500 ccm flüssiges Blut. Das Lungengewebe zeigt keine Blutaspiration, doch sind die Bronchi beiderseits mit blutigem Schleim gefüllt.

Thymus mittelgross, deutlich rotgrau, parenchymatös. Thyreoidea mittelgross, rotgrau.

Trachea enthält etwas blutigen Schleim, sonst ohne Besonderheiten.

Zungenbalgdrüsen gross, sehr prall, reichlich.

Tonsillen mittelgross, Oesophagus ohne Besonderheiten.

Milz klein, sehr schlaff, weich, sehr blassgrau, keine Follikelhypertrophie.

Nieren sehr klein, links 105, rechts 120 g, hellgrau, sonst ohne Besonderheiten.

Nebennieren sehr klein, schmal, platt, gelb, Mark sehr atrophisch.

Leber blassbraunrot. Keine Herderkrankung. Magen zeigt blassgraue, weiche dünne Schleimhaut, keine Narben. Darm sehr blass, schlaff, ziemlich leer. Brustwirbelsäule sehr hochgradig nach rechts gebogen. Lumen der rechten Thoraxhälfte verengt, Zwerchfell steht sehr hoch. Lendenwirbelsäule wenig gekrümmt, keine Spondylitis deformans. Schädel klein, sehr dick, platt. Dura normal, Pia blutreich. Gehirn sehr klein, 1195 g, richtig proportioniert, aber auffällig platte, scharf gezeichnete Windungen, sonst keine Anomalien, gute Resistenz und Blutgehalt, Ventrikel normal.

Epikrise: Die Anamnese ergab eine psychische Minderwertigkeit, die in der Hypoplasie des Gehirns ihre Erklärung findet. Ob der ausgeprägte Status thymicus bzw. die Nebennierenhypoplasie bedeutungsvoll war, bleibt dahingestellt. Jedenfalls muss in dieser Richtung der Gegensatz des Falles zu dem früheren mit Gehirnhypertrophie (Fall 4) besonders hervorgehoben werden. Vielleicht lässt sich ganz allgemein sagen, dass die Gewichtsverhältnisse des Gehirns, welche doch nur sehr approximative Urteile gestatten, da sie ja den Flüssigkeitsgehalt der Glia und die Quantität der Markmassen gleichzeitig bestimmen, wenig geeignet sind, um als Massstab für die funktionellen Besonderheiten des Gehirns zu dienen. Indessen sind die Gegensätze der mitgeteilten Fälle doch zu stark, als dass die Tatsache abgeleugnet werden könnte, dass der Status thymicus, sowohl mit Hyperplasie, wie mit Hypoplasie des Gehirns vergesellschaftet sein kann. Offenbar liegt hierin ein Hinweis darauf, dass weniger die Quantität als die funktionelle Reizung der Gehirnssubstanz in Frage kommt.

Fall 8. Kurt A., 26 Jahre.

Sektionsdiagnose Hirnschussverletzung (Suizidium). Lungenhypämie. Status thymicus.

Daten aus der Krankengeschichte: Lebte anscheinend in etwas schwierigen Verhältnissen (Frau schwer epileptisch, Zerwürfnis mit Schwiegervater aus pekuniären Ursachen). Ende 1916 als Rekrut eingezogen, meldet sich sofort krank, simuliert im Krankenhaus Genickstarre. Am 9.11. empfängt er den Besuch seiner Frau, verlässt mit ihr ohne Erlaubnis das Lazarett, erschiesst sie in der Wohnung und darauf sich selbst. Sofort ins Lazarett gebracht, Exitus 2 Stunden nach dem Schuss.

Sektionsbefund: 179 cm lang, kräftig gebaut, Haut bleich, von normaler Elastizität, Fettgewebe wenig entwickelt, deutlich abgemagert, Muskulatur kräftig, starr. An der rechten Schläfe eine kleine eingetrocknete Einschussöffnung, aus welcher mässige Mengen Blut über das Gesicht herabgelaufen sind.

Unter der Schusswunde nur geringe Blutsugillation über der Temporalisfaszie. Hier findet sich ein etwa fünfpfennigstückgrosses Loch im Schläfenbein, die innere Fläche erheblich grösser als die äussere. Die Stelle entspricht dem Verlauf der Art. mening. media; ein Ast derselben ist zerrissen, die Dura eine Strecke weit vom Schädel abgerissen und spaltförmig perforiert. Aus der Schädelwunde entleert sich reichlich flüssiges Blut nach aussen in das Temporalisgewebe. Eine stärkere extradurale Blutung besteht nicht. Im Subduralraum mässiger Bluterguss, ebenso sehr ausgedehnt subarachnoideal über beiden Hemisphären und an der Hirnbasis. Im rechten Schläfenlappen findet sich eine etwa fingerdicke Einschusswunde, welche durch einen entsprechenden Schusskanal mit hämorrhagischen zerrissenen Wänden zu einem Ausschuss im rechten Parazentrallappen führt; er geht durch den Falx unterhalb des Sinus in den linken Parazentrallappen dicht am Winkel und bildet hier ein Knie, über welchem die Dura spaltförmig geplatzt und der Schädel schwärzlich pigmentiert, aber nicht eingedrückt ist. Der Schusskanal geht weiter gegen das linke Schläfenbein und endet in dessen Markmasse, hier findet sich die deformierte 6 Millimeterkugel. Die Hirnventrikel sind unverletzt, blutfrei. Gehirn im übrigen völlig normal. Ebenso die Hirnhäute.

Thymus, 24 g, breit, rotgrau, deutlich abgrenzbar, schlaff.

Herzbeutel breit. Ueber dem rechten Ventrikel eine markstückgrosse, epikardiale Schwielen. Herz sehr kräftig, 315 g, mit flüssigem Blut reichlich gefüllt, pralle, rotgraue Muskulatur, normale Klappen. Aorta 62, Pulmonalis 60 mm, Aorta abd. 38. Die Aorta im allgemeinen glatt, im Gebiet der Nabelblutbahn reichlich schmale Fettstreifen.

Lungen im allgemeinen normal, überall stark hyperämisch, ganz leichtes Oedem in der linken; Bronchi mit schaumigem, zähem Schleim gefüllt. Larynx und Trachea ohne Besonderheiten.

Thyreoidea normal gross, prall, rotgrau. Zungenbalgdrüsen und Tonsillen sehr gross, prall, stark vorspringend, Oesophagus ohne Besonderheiten. Milz mittelgross, etwas schlaff, dunkelgraurot, reichliche, aber undeutlich begrenzte Follikel.

Linke Nebenniere ausgeprägt in den Flügeln verdünnt, rechte etwas weniger, linke 3 g, rechte 5 g. Rinde beiderseits mässig fetthaltig. Mark schmal, grau, nicht weich.

Nieren sehr prall, fest, tiefrotgrau, keine Herderkrankungen; linke 160 g, rechte 155 g.

Blase ohne Besonderheiten. Prostata und Samenblasen ohne Besonderheiten, letztere leer, Hoden links 27, rechts 22 g, prall, hellgelbgrau.

Leber normal gross, prall, sehr blutreich, keine ischämischen Herde, normale Gallenblase.

Magen mit unverdaulichem Speisebrei stark gefüllt, kein blutiger Inhalt. Schleimhaut weich, trüb, blassrotgrau. Dünndarm enthält streckenweise eigentümliche trockene schwarze Kotmassen, an Blutkot erinnernd, die Darmwand ist an der entsprechenden Stelle tintenschwarz durchtränkt. Die Follikel und Peyerhaufen des Ileums sind flach, nur im unteren Abschnitt praller und gerötet. Die Peyerhaufen reichen weit in das Jejunum hinauf. Mesenterialdrüsen nicht verdickt. Dünndarm ohne Besonderheiten, keine Follikelschwellung.

Retroperitoneal- und sonstige Lymphdrüsen nicht auffallend.

Epikrise: Auch in diesem Falle handelt es sich um einen Menschen, der an allgemeiner Nervosität, die durch die Lebensverhältnisse, später vielleicht auch durch Kriegsangst bedingt war, litt; offenbar war diese Nervosität auf dem unverkennbaren Status thymicus basiert. Der Versuch, durch Simulation sich dem Kriegsdienst zu entziehen, sowie die jähe Verzweiflungstat (Mord und Selbstmord) deuten auf das seit längerer Zeit gestörte seelische Gleichgewicht hin.

Nach den Ergebnissen der vorliegenden Fälle ist füglich die Tatsache, dass bei der Mehrzahl der militärischen Selbstmörder ein Status thymico lymphaticus vorkommt, nicht zu leugnen. Wie aber ist der innere Zusammenhang?

Die letzten Jahre haben uns die Erkenntnis von der Bedeutung jener Substanzen gebracht, welche aus den Drüsen ohne Ausführungsgang dem Körper zugeführt werden, haben uns gezeigt, in welchen Beziehungen, sei es, dass sie hemmende oder fördernde Funktion haben, die Blutdrüsen und ihre Sekrete, die Hormone, zum Gesamtorganismus stehen. Klinisch hat man bei den Erkrankungen dieser Organe mannigfache Erscheinungen, welche auf Hyper- oder Hypofunktion, oder, wie einige Autoren angeben, Dysfunktion, d. h. eine qualitativ gestörte Funktion, zu beziehen seien, unterschieden. Hierbei hat sich gerade das Nervensystem als von den Hormonen der Blutdrüsen besonders abhängig erwiesen; mancherlei funktionelle Störungen zeigten sich bisweilen deutlich als Ausdruck der gestörten Beziehungen zu gewissen Blutdrüsen. Trefflich charakterisiert Biedl (28) den Uebergang in diese neuen Anschauungen: „Früher galt jede Organkorrelation für nervös, heute werden sogar die nervösen Beziehungen als chemisch übermittelt betrachtet“. Wie bereits oben erwähnt, nimmt Paltauf beim Status

thymico-lymphaticus das Bestehen einer besonderen Konstitutionsanomalie an, bei der nicht eine lokalisierte Erkrankung, sondern ein allgemein krankhafter Zustand des Körpers anzunehmen ist. Die hyperplastische Thymus ist also nicht die Ursache der pathologischen Veränderungen, sondern nur ein Teilsymptom einer allgemeinen Ernährungsstörung, des weiteren charakterisiert durch die Vergrößerung des lymphatischen Apparates und eine Atrophie der Nebennieren, eine Dysfunktion des Blutdrüsen systems und ihrer Ausfuhrstoffe, die ihren Ausdruck auch in einer Alteration und Insuffizienz des Nervensystems und der Psyche finden kann. So ergab es ja auch die Anamnese bei unseren Fällen. Es handelte sich um Individuen mit einem recht labilen Nervensystem, die auf Grund der Anomalie ihrer Konstitution erfahrungsgemäss Krankheitseinflüssen, besonders Infektionskrankheiten, Alkoholintoxikationen, wie oben bereits berichtet, sehr leicht unterliegen, fernerhin aber auch psychischen Einwirkungen gegenüber sehr wenig widerstandsfähig sind. Die Feststellungen Bartel's, der den Selbstmord vorwiegend als eine Erscheinung des jugendlichen Alters bezeichnet — eine Auffassung, welcher allerdings andere Statistiken widersprechen — gibt uns auch die Erklärung für die leider recht zahlreichen Soldatenselbstmorde. Sind es doch meistens Leute in jugendlichem Alter, an die, zudem zum ersten Male in ihrem Leben, psychische Einflüsse schwerer Art, der militärische Drill, die bisher nie gekannte Subordination, oder etwa die Einwirkung ungerechter und misshandelnder Vorgesetzten, eventuell die mannigfachen Schrecken und Anstrengungen des Krieges herantreten. Die durch ihre krankhafte Anlage an sich schon nervös alterierten Leute können diesen äusseren Einflüssen keinen Widerstand entgegensetzen, ihnen erscheint das Suizid als der beste Ausweg.

Alle oben angeführten Autoren, ausser Miloslavich, stellten lediglich die Tatsache fest, dass bei der überwiegenden Zahl von Selbstmördern ein Status thymico-lymphaticus zu konstatieren sei, ohne jedoch eine Erklärung über einen Zusammenhang mit den Ursachen des Selbstmordes zu geben. Miloslavich stützt sich auf Untersuchungen von Bartel, Hermann, v. Wiessner, Kyrle, die ergeben haben, dass man bei Individuen mit lymphatischer Konstitution Entwicklungsstörungen an spezifischen Parenchymen, speziell an Lymphdrüsen und Sexualdrüsen mit gleichzeitiger Wucherung des Stützgewebes sehen kann, und nimmt an, dass bei solchen Lymphatikern auch das spezifische Parenchym des nervösen Systems, speziell der Nervenzellen, ein von der Norm mehr oder weniger abweichendes Verhalten zeigt. Er weist dabei auf die auch von mir oben erwähnten Befunde von Hirnhypertrophie bei Lymphatismus (vergl. S. 61) hin. Sodann erscheint ihm aber noch eine

andere Möglichkeit erwähnenswert. Bonhoeffer (33) beschrieb 1910 in einer Monographie die im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen auftretenden vorübergehenden Geistesstörungen. Miloslavich betont, dass das Zusammentreffen von solchen auf Grundlage von akuten Infektionen, von inneren Erkrankungen, oder physiologischen Vorgängen (Status digestionis, Menstruation, Puerperium usw.) auftretenden passageren geistigen Störungen mit einem Status thymico-lymphaticus wahrscheinlich das Wesen der inneren organischen Selbstmorddisposition bildet.

Etwas Derartiges liess mein Material in keinem Falle erkennen. Regelmässig war es anscheinend nur der psychische Affekt, welcher zu dem Entschluss zum Selbstmord führte. Hiermit ist natürlich nicht gesagt, dass nicht auch einmal die Kumulation des Status thymicus durch eine Sexualerregung, eine Infektionsintoxikation u. ähnl. die Reizung des Nervensystems über das erträgliche Mass steigern könnte.

Die Statistik ist nur eine Grundlage und Aufforderung für weitere Forschungen. Wenn sie, wie es im Vorstehenden geschehen ist, die Beziehungen des Status thymicus zu nervösen Reizzuständen erweist, so müssen diese Beziehungen weiterhin analysiert werden. In dieser Richtung kommen hauptsächlich wohl zwei chemische Wirkungsreihen in Frage. Die Hyperplasie der Thymusdrüse und der Lymphfollikel deuten auf eine Ueberproduktion von Nukleinsubstanzen. — Diese gehen, wie Beneke (s. o.) vermutet, mit den Lymphozyten in das Blut und, etwa durch Zerfall der letzteren, als hochwertige Nukleinbausteine in die Gewebe. Es wäre vielleicht möglich, durch die Verfolgung des Purinstoffwechsels, bei Leuten, welche an Status thymicus leiden (Zungenbalgdrüsenhypertrophie!), einige Aufklärungen zu erhalten. Zweitens könnte wohl die Beziehung des Cholesterinfettes der Nebennierenrinde zum Cholesterinfett der Markscheiden und Achsenzylinder des Nervensystems sich der direkten Bestimmung unterwerfen lassen; hierzu würde die Gewichtsbestimmung des Fettgehaltes im Vergleich zum Wassergehalt des Zentralnervensystems notwendige Grundlage sein müssen. Ausser diesen beiden Körpern würde auch wohl noch eine Reihe anderer Hormone, unter ihnen Adrenin und Cholin, gewiss heranzuziehen sein. Dem wirklichen Verständnis der hier besprochenen Beziehungen muss jedenfalls die Lösung zahlreicher Vorfragen vorangehen. Würden diese gelöst, so wäre mancher neue Einblick in das Geschehen innerhalb des Nervensystems und damit besseres psychologisches Verständnis nicht nur den Schwerkranken, sondern auch den annähernd „normalen“ Menschen gegenüber gewonnen. Auch die Rechtsprechung würde von diesen Ergebnissen grössten Nutzen haben.

Zum Schluss kann ich eine Bemerkung nicht unterdrücken, welche sich auf die jüngst vom Kriegsministerium dem Reichstag mitgeteilte Tatsache bezieht, dass die Selbstmordfälle im Laufe der letzten Kriegsjahre gegen die Zahl der im Kriegsbeginn vorgekommenen Fälle wesentlich abgenommen haben. Beneke (25) hat in einem Vortrage in der Kriegstagung der Deutschen pathologischen Gesellschaft über die auffallend hohe Ziffer der an Status thymicus leidenden Soldaten seines Arbeitsbezirkes (IV. Res.-A.-K.) berichtet. Einer persönlichen mündlichen Mitteilung nach hat sich seit jener Zeit (1916) diese Ziffer ganz auffällig verringert; weder an den in der Heimat zurückgebliebenen, noch an den aus dem Felde kommenden, an akuten oder chronischen Erkrankungen eingegangenen Soldaten konnte Beneke in den letzten zwei Jahren Thymushypertrophie in irgendwie auffälliger Prozentzahl nachweisen; da diese Differenz von dem gleichen Beobachter festgestellt wurde, so darf die Tatsache des Unterschieds der 2 ersten und 2 letzten Kriegsjahre als sicher angenommen werden. Sie kann sich nur aus allgemeinen Verhältnissen, sehr wahrscheinlich der Ernährung, erklären und muss demnach als Stütze der schon erwähnten Auffassung Beneke's gelten, dass der Status thymicus keine angeborene, sondern eine passagere Konstitutionsanomalie sei. Bringt man jene statistische Feststellung bezüglich der Zahl der Soldatenselbstmorde hiermit in Verbindung, so erscheint es nicht ausgeschlossen, dass die Abnahme der Selbstmordfrequenz mit der Abnahme des Status thymicus in einer mehr oder weniger direkten Verbindung stehen könnte, womit natürlich Beziehungen anderer Art nicht in ihrer Bedeutung herabgesetzt werden sollen. Jedenfalls besteht zwischen beiden Angaben eine bemerkenswerte Kongruenz.

Literaturverzeichnis.

1. Lomer, R., Ueber ein eigentümliches Verhältnis der Nebennieren bei Hemizephalen. Virch. Arch. 1884. Bd. 98.
2. Weigert, C., Hemizephalie und Aplasie der Nebennieren. Virch. Arch. 1885. Bd. 100. S. 176—79.
3. Zander, R., Ueber funktionelle und genetische Beziehungen der Nebennieren zu anderen Organen, speziell zum Grosshirn. Ziegl. Beitr. 1890. Bd. 7.
4. Alexander, K., Untersuchungen über die Nebennieren und ihre Beziehungen zum Nervensystem. Ziegl. Beitr. 1892. Bd. 11.
5. Czerny, Hydrozephalus und Hypoplasie der Nebennieren. Zentralbl. f. pathol. Anatomie. 1899. Bd. 10.
6. Meyer, R., Nebennieren bei Anezephalie. Virch. Arch. 1912. Bd. 210.
7. Wiesel, Zur Pathologie des chromaffinen Systems. Virch. Arch. 1904. Bd. 176.

8. Wiesel, Pathologie der Thymus. Lubarsch-Ostertag's Ergebn. 1911. XV. 2.
9. Derselbe, Wiener klin. Wochenschr. 1912. Bd. 27. Zeitschr. f. Heilk. 1903. 24. Bd. H. 7.
10. Flügge, Die Bedeutung der Thymus für die Erklärung plötzlicher Todesfälle. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1899. Bd. 17.
11. Basch, Die Beziehungen der Thymus zum Nervensystem. Jahrb. f. Kinderheilk. 1900. Bd. 68.
12. Friedleben, Die Physiologie der Thymus. Frankfurt 1858.
13. Klose und Vogt, Klinik und Biologie der Thymusdrüse. Beitr. z. klin. Chir. 1910. Bd. 79.
14. Paltauf, Ueber die Beziehung der Thymus zum plötzlichen Tod. Wiener klin. Wochenschr. 1889. 2. Jahrg. 1890. 3. Jahrg.
15. Bartel, Zur pathologischen Anatomie des Selbstmordes. Wiener klin. Wochenschr. 1910. Nr. 14.
16. Brosch, A., Die Selbstmörder. Leipzig 1909. F. Deuticke.
17. Bartel und Stein, Ueber abnormale Lymphdrüsenbefunde und ihre Beziehungen zum Status thymico-lymphaticus. Arch. f. Anat. u. Phys. 1906.
18. Ollendorff, Krankheit und Selbstmord. Greifswald 1905. Kanike.
19. Miloslavich, Hirnhypertrophie bei Lymphatismus. Wiener med. Wochenschrift. Militärarzt 1913.
20. Derselbe, Zur Pathologie der Nebennieren. Wiener med. Wochenschr. 1914. Militärarzt.
21. Derselbe, Ueber Bildungsanomalien der Nebennieren. Virch. Archiv. 1914. Bd. 218.
22. Derselbe, Ein weiterer Beitrag für pathologische Anatomie der militärischen Selbstmörder. Virch. Arch. 1912. Bd. 208.
23. Heller, A., Zur Lehre vom Selbstmord, nach 300 Sektionen. Münch. med. Wochenschr. 1900.
24. Egglihuber, Ueber Sektionen von Selbstmördern. Diss. München 1911.
25. Beneke, Ueber Status thymicus und Nebennierenatrophie bei Kriegsteilnehmern. Pathol. Zentralbl. 1916. Bd. 27. (Kriegstagung der pathol. Gesellschaft.)
26. Derselbe, Zur Frage nach der Bedeutung der Thymushypertrophie für plötzliche Todesfälle im Kindesalter. Berliner klin. Wochenschr. 31. Jahrg. 1894. S. 216.
27. Beneke, Ueber Trachealabplattung bei Neugeborenen und Kindern der ersten Lebensjahre im Zusammenhang mit dem sogenannten Thymustod. Aerztl. Verein. Marburg 1907. Münchener med. Wochenschr. 1907. Jahrg. 4.
28. Biedl, Innere Sekretion. 2. Aufl. 1913. Urban u. Schwarzenberg.
29. Falta, Erkrankung der Blutdrüsen. Springer, Berlin 1913.
30. Martius, Konstitution und Vererbung. Springer, Berlin 1914.
31. Pileoz, Jahrb. d. Psych. und Neurologie. Bd. 26.
32. Anton, Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 20.
33. Bonhoeffer, Die symptomatischen Psychosen. Leipzig 1910. Deuticke.

IV.

Aufsätze zur energetischen Psychologie.

Von

Dr. **Harry Marcuse** (Herzberge),

Stabsarzt d. R., zurzeit im Felde.

(Schluss.)

VIII. Kapitel.

Defektreaktion und Defekterregung.

1. Allgemeines.

Definition. Angeborene und erworbene Defektzustände. Es gibt keinen isolierten Defekt. Hemmung ist stets supprimär. Erregung und Hemmung können gleichzeitig wirksam sein. Das Verhalten der supprimären Funktion bei Hemmung. Der „Erregungsdefekt“. Die mechanischen Schädigungen des Gehirns in ihrer psychologischen Bedeutung. Die Unzulänglichkeit der histologischen Befunde für den Nachweis des Defekts. Die Notwendigkeit der psychologischen Analyse. Gegensatz der energetischen Anschauung zu der gewöhnlichen. Die verschiedenen Arten der Defektreaktionen.

Die Begriffe der Defektreaktion und Defekterregung haben sich aus den Voraussetzungen der energetischen Auffassung des psychologischen Geschehens ergeben. Sie sind theoretisch wie praktisch sehr wichtige Konsequenzen dieser Theorie.

Sie unterscheiden sich nur durch die Intensität der produzierten psychischen Energie und gehen daher ohne scharfe Grenze in einander über. Beiden gemeinsam und für sie charakteristisch ist, dass sie psychische Reaktionen eines Zentralnervensystems sind, das aus irgend einem Grunde an der vollen Entfaltung seiner Kraft gehindert ist. Die Reaktion ist daher im Verhältnis zur Stärke des Reizes schwächer als normal und auch die stärkste Erregung bleibt hinter der normalerweise maximalen Erregung zurück. Es kann sich dabei um einen vorübergehenden Hemmungszustand des Kraftzentrums handeln, wie er physiologisch bei Ermüdung oder im Schlaf besteht, oder um eine dauernde Störung, wie sie durch Krankheiten, Gifte oder Verletzungen hervorgerufen wird. Man pflegt vorübergehende Störungen als Hemmung, dauernde als Defekt zu bezeichnen. Es ist jedoch klar, dass es für den Ablauf der einzelnen Reaktion gleichgültig ist, wie lange die während ihres Ablaufes vorhandene Abschwächung der psychischen Kraft besteht oder bestanden hat.

Man könnte auch die imbezille Konstitution als einen Defektzustand ansehen und ihre Reaktionen als Defektreaktionen bezeichnen, um so mehr als sie den Defektreaktionen Normaler mehr oder weniger ähnlich sind. Der Ausdruck „Defektmenschen“ wird auch vielfach auf Imbezille angewandt. Es erscheint aber zweckmässiger, die Bezeichnung zunächst nicht auf die angeborenen Zustände anzuwenden. Wenn wir das täten, würden wir verschiedene Individuen mit einander vergleichen, während bei der Beschränkung auf erworbene Zustände die Defektreaktion grade durch den Vergleich mit früheren Reaktionen desselben Individuums als solche erkannt wird. Der Nachweis, dass Individuen mit angeborenem Defekt in gleicher oder ähnlicher Weise reagieren, ist an der Hand der klinischen Erscheinungen unschwer zu erbringen. Der Unterschied zwischen den angeborenen und erworbenen Defektzuständen liegt in den Inhalten. Die Reste des in gesunden Tagen Erlebten und Erfahrenen wie der erworbenen Kenntnisse lassen sich auch bei stärkerem Defekt eines Katatonikers usw. noch nachweisen und unterscheiden ihn von dem geborenen Imbezillen oder Idioten. Die klinische Forschung hat im allgemeinen mehr Interesse daran, die Unterschiede festzustellen, ist aber in diesem an sich berechtigten Streben zweifellos zu weit gegangen. Das Gemeinsame dieser Zustände wurde daher zu wenig gewürdigt. Es liesse sich zeigen, dass die Aehnlichkeit imbeziller Reaktionen und Defektreaktionen auf die Konstitution $P < 1$ zurückzuführen ist, dass also in beiden Fällen die verminderte Intensität von P die Reaktion charakterisiert. Dieser Nachweis, der für die Auffassung mancher klinischer Fragen von Bedeutung sein dürfte, ist bereits in der Theorie der Psychosen, wenn auch nur wenig ausführlich enthalten. Im Folgenden wollen wir vor allem die erworbenen oder vorübergehenden Hemmungen besprechen.

Wir fanden, dass das Wesentliche einer psychischen Reaktion nicht der Inhalt, also nicht die Qualität, sondern ihre Stärke und Form ist, und konnten nun Zusammenhänge und Gegensätze feststellen, die bisher nicht gesehen worden sind. Die vier Hauptsymptome der krankhaften Erregungszustände, die Halluzinationen, Affekte, motorische Erregung und Wahnideen konnten als Ausdrücke primärer oder katatonischer Erregung zusammengefasst werden und ihnen eine gleiche Reihe gegenübergestellt werden, die von der sekundären Stufe ausgehen und daher hysterisch oder psychogen genannt werden. Wir konnten also die katatonischen oder imbezillen Reaktionen den hysterischen oder psychogenen gegenüberstellen und schliessen, dass jedes Erregungssymptom auf diese zwei verschiedenen Arten zu Stande kommen kann, welchen Inhalt es auch haben mag.

Es war unvermeidbar, dass hierbei den in der Psychiatrie üblichen Begriffen teilweise eine etwas andere Bedeutung gegeben wurde, als sie bisher hatten, wenn man nicht zu völlig neuen Bezeichnungen greifen wollte. Als solche wurden nur die Hypernoiker und Hyponoiker aufgestellt, die die geringeren Grade der Hysterischen und Imbezillen besser als bisher herausheben. Der Wert der Theorie scheint uns gerade dadurch erhöht zu werden, dass die alten Namen durch eine scharfe Begriffsbestimmung eine klare Deutung erhalten, wenn diese sich auch nicht mit den alten Inhalten deckt. Handelt es sich doch bisher bei fast allen Namen der Psychiatrie um ganz unklare und verschwommene Begriffe, die den verschiedensten, aber nie psychologischen Gesichtspunkten ihre Entstehung verdanken.

Zu diesen unklaren Begriffen gehört nun auch die Bezeichnung Defekt. Noch niemals ist die Herabsetzung der psychischen Energie als das Wesentliche der Defekte angesehen worden und noch niemand hat erkannt, dass diese Herabsetzung die Form der Reaktion in bestimmter Weise verändert. Man sah eben stets nur, dass der Inhalt der Reaktionen sich änderte und sprach nicht von Defekt schlechthin, sondern von Defekt der Intelligenz, der Moral, der Willenskraft, kurz von einem qualitativ näher bestimmten Defekt.

Der Annahme eines so isolierten Defekts widerspricht unserer Anschauung nach die Einheit der psychischen Energie, die auf jede Schädigung wie auf jede Erregung in ihrer Gesamtheit reagiert und nicht in einer Qualität ausschliesslich beeinflusst werden kann. Eine Herabsetzung oder Hemmung der psychischen Energie, sei sie vorübergehend oder dauernd, kann zwar in einer Qualität besonders deutlich in die Erscheinung treten, sie muss aber alle drei primären Qualitäten in gleicher Weise betreffen. Ist z. B. die Spontaneität herabgesetzt, so muss auch Affektivität und Empfinden schwächer sein als normal usw.

Wir haben früher gezeigt, dass die Erregung der psychischen Energie sich in derselben Weise stets auf alle drei primären Qualitäten erstreckt und nur für die oberflächliche Betrachtung eine Qualität besonders hervortritt. Die Erregung der anderen Qualitäten als der in der einzelnen Reaktion vorherrschenden und damit in dem Bewusstseinszustand dominierenden ist stets nachweisbar und natürlich leichter zu erkennen als die Hemmung, da grössere Intensitäten psychischer Energie stets der Beobachtung zugänglicher sind als kleinere. Das bewirkt schon die objektiv erkennbare Erregung der supprimären Funktion, die stets in demselben Masse wie die primäre erregt sein muss. Es wäre unlogisch, für die Erregung zwar anzunehmen, dass sie die psychische Energie stets in allen Qualitäten betrifft und doch die Beschränkung

der Hemmung auf einzelne Qualitäten für möglich zu halten. Es ist vielmehr logisch notwendig, dieselbe Annahme auch für die Hemmung zu machen. Man braucht auch nur die Aufmerksamkeit darauf zu richten, um einzusehen, dass es sich tatsächlich so verhält, dass es also eine partielle Hemmung der psychischen Kraft ebenso wenig gibt, wie eine partielle Erregung.

Ein wesentlicher Unterschied besteht allerdings zwischen Erregung und Hemmung und auf ihn wurde bereits mehrfach hingewiesen: Die Erregung kann von der sekundären Stufe ihren Ausgang nehmen, sie kann durch Vorstellungen ausgelöst werden. Dieser Modus kann dagegen für die Hemmung nicht in Frage kommen. Eine Vorstellung kann zwar den Ablauf der Assoziationen hemmen und zu den gewöhnlich als Denksperre bezeichneten Zuständen führen. Dabei ist aber die psychische Kraft als solche erregt.

Ein hemmender Einfluss der sekundären auf die primäre oder suppressäre Funktion ist nicht denkbar, wenn man mit Jodl annimmt, dass die sekundäre Funktion die primäre zur Voraussetzung hat. Eine sekundäre Reaktion ist transformierte primäre Energie, sie kann sich wieder in die tiefere Stufe zurückverwandeln und damit eine primäre Erregung hervorrufen, sie kann aber unmöglich dadurch eine Verminderung der primären Energie herbeiführen. Jeder primäre oder suppressäre Reiz, der zu einer psychischen Reaktion führt, löst damit psychische Energie aus und kann nur zu einer Steigerung der Erregbarkeit des Kraftzentrums führen.

Für die Entstehung der Hemmung oder des Defekts kommt dagegen keine Art von intrapsychischen Reizen in Betracht. Hemmung der psychischen Energie kann nur durch suppressäre Einflüsse hervorgerufen werden.

Der suppressäre Einfluss, der die Reaktionsfähigkeit des psychischen Kraftzentrums herabsetzt, kann als negativer Reiz bezeichnet werden. Es gibt eine Reihe von Substanzen wie Alkohol, Chloroform u. a., die zunächst eine Erregung und dann eine Hemmung der psychischen Kraft hervorrufen. Andere wie die gebräuchlichen Schlafmittel wirken gleich im negativen Sinne, also hemmend. Die Schädigungen des Gehirns, die durch die sogenannten organischen Erkrankungen hervorgerufen werden, wirken oft schneller hemmend als die Noxe der katatonischen Störungen. Hysterische Erkrankungen dagegen können nie oder doch nur indirekt durch Ueberanstrengung hemmenden Einfluss ausüben.

Ein psychisches Kraftzentrum, das unter der Wirkung einer Schädigung steht, die seine Leistungsfähigkeit herabsetzt, reagiert trotzdem noch auf Reize. Die Reaktionsfähigkeit wird ja erst mit dem Tode

aufgehoben. Die während der Hemmung produzierte Energiemenge, also ihre Intensität, ist aber kleiner, als sie der Intensität des Reizes normaler Weise entspricht. Zur Erzielung derselben Reaktion bedarf es daher bei einem gehemmten Kraftzentrum eines stärkeren Reizes als bei einem normalen. Ist der Reiz stark genug, so kann es auch bei einem gehemmten Kraftzentrum zu Reaktionen kommen, deren Gesamtheit wegen dieser Intensität als Erregungszustand zu bezeichnen ist. Es kann also Erregung und Hemmung gleichzeitig bei demselben Individuum vorhanden sein. Da es zunächst gleichgültig ist, ob die Hemmung dauernd oder vorübergehend ist (auch die Erregung ist in ihrer Dauer sehr wechselnd), so kann man jede Reaktion eines gehemmten Kraftzentrums als Defektreaktion bzw. Defekterregung bezeichnen.

Der Defekt kann also nicht wie die Erregung intrapsychisch und nicht durch äussere primäre Reize entstehen. Er entsteht vielmehr durch negative, suppressive Reize und gehört daher seiner Entstehung nach nicht eigentlich in das Gebiet der Psychologie, sondern in das der biologischen und medizinischen Wissenschaft. Die Psychologie als solche hat nur seine Wirkung auf das psychische Geschehen zu untersuchen oder sein Vorhandensein festzustellen, sie kann aber mit ihren Mitteln seine Ursache nicht ergründen. Denn auch hier können wie bei der Erregung verschiedene Ursachen dieselben und eine Ursache bei verschiedenen Individuen sehr verschiedene Wirkungen haben.

Die Untersuchung der suppressiven Funktion, also der Reflexe, der Muskeleerregbarkeit, der Herztätigkeit usw., die man noch in weiterem Sinne als psychologische Tätigkeit betrachten kann, wie wir es bei der Untersuchung der Erregung getan haben, ist für Hemmungszustände in unserem Sinne noch nicht so weit durchgeführt, dass sich ein klares Bild von ihrem Verhalten entwerfen lässt. Die angeborenen Defektzustände, also Imbezille und Idioten, zeigen gewöhnlich eine grössere suppressive Erregbarkeit als normale. Diese bekannte Tatsache scheint zunächst unserer Anschauung zu widersprechen. Sie steht mit der früher erwähnten Tatsache in Einklang, dass Hyponoiker durch präsentative Reize stärker erregt werden können als Hypernoiker. Der Hyponoiker reagiert lebhaft, aber kurz, der Hypernoiker dagegen weniger lebhaft, aber nachhaltiger. Er transformiert den grösseren Teil der psychischen Energie, die der Reiz ausgelöst hat und unter Hinzurechnung der hierbei verbrauchten Energie, die zunächst nicht festzustellen ist, kommen wir zu dem Schluss, dass seine Reaktion im Vergleich zu der des Hyponoikers im ganzen tatsächlich eine stärkere ist.

Die Erklärung für die Steigerung der suppressiven Reaktionen der konstitutionellen Defektzustände wäre danach analog darin zu sehen,

dass allgemein bei Schädigung der psychischen Kraft die höhere Stufe in erster Linie gehemmt wird und die tiefere desto deutlicher in die Erscheinung tritt. Diese Tatsache steht mit der Annahme Jodl's, dass sich die höheren Funktionen auf den tieferen aufbauen, in Einklang.

Wir können sie uns noch durch ein Bild verdeutlichen. Bei einem Idioten können primäre Reize sich nicht wie normal in psychische Energie der primären oder sekundären Stufe umsetzen, da diese nicht genügend entwickelt sind. Anstatt daher nach den verschiedenen Richtungen zu irradiieren, fliesst der Strom der Erregung, den der primäre Reiz erzeugt, im wesentlichen der supprimären Stufe zu. Trotzdem daher die Stärke der Reaktion aller Stufen zusammen hinter der normalen Intensität zurückbleibt, kann die supprimäre stärker als bei einem normalen Individuum sein.

Bekanntlich sind bei vielen Menschen die Kniesehnenreflexe nur auslösbar, wenn Kunstgriffe angewandt werden, welche die Aufmerksamkeit des betreffenden von dem Versuch der Auslösung ablenken. Das heisst psychologisch ausgedrückt: Es genügt die Beobachtung des Vorganges durch das Individuum, den primären Reiz, den der Schlag auf die Kniesehne erzeugt, unwillkürlich so zu transformieren, dass die Erregung der supprimären Funktion, der Sehnenreflex, nicht in die Erscheinung tritt. Hindert man die Beobachtung, so tritt die supprimäre Reaktion ein. Die Reaktion im ganzen ist nicht stärker als im ersten Falle, aber die Verteilung des Energiestromes ist eine andere.

Man pflegt hierin eine Hemmung der tieferen Funktionen durch die höhere zu sehen und es entspricht dies zweifellos den Tatsachen. Nur muss man sich klar sein, dass eine solche Hemmung etwas ganz anderes ist, als die Herabsetzung der psychischen Energie, die wir als Hemmung bezeichnen. Diese Hemmung der tieferen durch die höheren Funktionen entspricht vielmehr derjenigen, die eine überwertige Idee, ein Affekt usw. auf den Vorstellungsablauf bzw. die Motilität ausübt. Sie beruht wie diese auf der Verteilung der verfügbaren psychischen Energie, deren Intensität ja stets beschränkt ist. So wenig man bei starker Aufmerksamkeit Schmerz fühlt, vielmehr äusseren Eindrücken gegenüber refraktär ist, so wenig kann der Sehnenreflex ausgelöst werden, wenn die Aufmerksamkeit zu sehr erregt ist, die Spontaneität also anderweitig zu stark in Anspruch genommen ist. Man kann das Ausbleiben des Reflexes als „Erregungsdefekt“ bezeichnen und diesen Ausdruck auch auf die Erregungszustände der höheren Stufen anwenden. Hierbei würde der Defekt in dem Ausbleiben einer Reaktion infolge der ungewöhnlichen Verteilung der gesteigerten psychischen Energie

bestehen, während der wirkliche Defekt gleichbedeutend ist mit Herabsetzung der psychischen Energie.

Unter den Schädigungen des psychischen Kraftzentrums, die seine Reaktionsfähigkeit herabsetzen, nehmen die Verletzungen des Gehirns durch Stoss, Schuss, Blutung usw. eine besondere Stellung ein, die aber auf die Psyche im allgemeinen ohne Einfluss sind. Eine Embolie kann z. B. das Sprachzentrum schädigen oder die Lähmung eines Beines herbeiführen, während die übrigen Funktionen völlig intakt sind.

Die Feststellung, dass es im Gehirn sogenannte Zentren gibt, die bestimmte Empfindungen wie das Sehen und Hören oder die Tastempfindung vermitteln, sowie andere, die die Bewegungen des Körpers und der Gliedmassen sowie die Sprache beherrschen, hat die Hoffnung erweckt, dass es der weiteren Forschung gelingen müsste, schliesslich für jede psychische Funktion z. B. den Geschlechtstrieb, den Affekt, ja vielleicht auch für die moralischen Begriffe oder die Intelligenz bestimmte Felder der Gehirnoberfläche oder bestimmte Anhäufungen von Ganglienzellen, sogenannte Kerne, festzustellen. Besonders die Entdeckung der Apraxie schien einen Fortschritt in dieser Richtung zu bedeuten. Hier war anscheinend der Wille nahe an seinem Ursprung lokalisiert. Der Apraktische im ursprünglichen Sinne weiss, was er will oder soll, seine Glieder sind frei beweglich und führen unwillkürliche, automatische Bewegungen bei entsprechenden Reizen ohne Schwierigkeit aus. Nur wenn eine bestimmte Bewegung gewollt wird, gelingt sie nicht oder kommt nur unvollkommen zur Ausführung. Gewisse Sprachstörungen lassen ein analoges Verhalten erkennen. Als Ursache dieser Symptome findet man die Zerstörung bestimmter Hirngebiete, die eine mehr oder weniger vollständige Abtrennung der an sich unverletzten Zentren für die entsprechenden Bewegungen von dem übrigen Gehirn bewirkt. Dadurch sollen nun die vorhandenen Bewegungsvorstellungen gehindert sein, sich in Bewegung umzusetzen.

An die Stelle der Bewegungsvorstellungen tritt in der energetischen Theorie die reflektorische Assoziation, die Transformierung sekundärer Energie in supprimäre. Beide Arten, die willkürliche Bewegung dem Verständnis näher zu bringen, sind bildlich aufzufassen. Doch ist die reflektorische Assoziation ein Vorgang, den wir überall im psychischen Geschehen als wichtig und bedeutungsvoll erkannt haben, während die „Bewegungsvorstellungen“ kein Analogon haben.

Für die Erklärung der Bewegungsstörungen durch lokale Schädigungen des Gehirns sind sie jedenfalls nicht notwendig. Es ist mindestens ebenso verständlich, dass Umformungen der psychischen Energie in die supprimäre Funktion gehindert werden können, wenn die mate-

riellen Vorgänge, die wir für alles Psychische voraussetzen müssen, unmöglich geworden sind. Die Bewegungsvorstellungen können sich auch nicht in die Tat umsetzen, wenn die entsprechenden Bahnen zum oder im Rückenmark geschädigt sind. Die Reflexe, um die es sich bei der Apraxie handelt, sind nur ihrer Entwicklung nach höher stehend, meist nicht ererbte, sondern erworbene Automatismen.

Wir haben diese Fragen deswegen hier angeschnitten, um zu erörtern, wie sich diese Art von Defekten der psychischen Energie zu den anderen Defektreaktionen verhalten. Wir haben selbst zugegeben, dass solche Ausfälle vorkommen können, ohne die psychische Kraft im Ganzen herabzusetzen. Das trifft natürlich nicht zu, wenn die Apraxie usw. nur Teilsymptome einer allgemeinen organischen Gehirnkrankheit wie Arteriosklerose, Lues, Dementia senilis u. a. ist. Hierbei finden wir im Gegenteil die allgemeine Verminderung, also den Gesamtdefekt stets sehr ausgeprägt.

Die isolierten Bewegungsausfälle sind gleichzusetzen dem Verlust einzelner Sinnesorgane, die ebenfalls einen Defekt bedeuten, aber das psychische Geschehen als solches nicht zu beeinflussen brauchen. Beethoven komponierte trotz völliger Ertaubung, Fechner verfasste während langer Blindheit seine Schriften, Helen Keller entwickelte ihre Intelligenz trotzdem sie blind und taub geboren war. Gerade die Fälle von angeborener Blindheit oder Taubheit zeigen, dass der Ausfall in einer Qualität durch Verstärkung anderer z. B. des Tastsinnes ausgeglichen werden kann, dass also das Fehlen einer Qualität der Empfindung die Gesamtintensität der psychischen Kraft, wenn keine allgemeine Gehirnkrankung vorliegt, nicht herabzusetzen braucht. Ebenso ist offenbar das ausgewachsene Gehirn im Stande, lokale Störungen auszugleichen. Die Fähigkeit zu sprechen, ein Glied zu bewegen, wäre als Teil der Spontaneität anzufassen.

Um solche Ausfälle graphisch darzustellen, was für bestimmte Zwecke von Wert sein kann, brauchte man nur unser Konstitutions-schema nach Art des Spektrums auszubauen und den vorhandenen Defekt in ihm zu vermerken. An der Stärke und Form der psychischen Reaktion wird also eine derartige qualitative Lücke nichts ändern. Sie wäre nicht als konstitutionelle Eigenart zu betrachten, sondern der Konstellation zuzurechnen, die sie allerdings oft in hohem Grade beeinflusst.

Von diesem Standpunkte aus können wir die Resultate der lokalisatorischen Gehirnforschung dahin zusammenfassen, dass es ihr bisher gelungen ist, eine Reihe von Qualitäten zu lokalisieren bzw. den Ort im Gehirn zu bestimmen, der zu ihrem Zustandekommen notwendig ist. Im Einklang mit unserer Theorie ist auch die Schmerzempfindung an

die „motorischen Zentren“ gebunden (nicht die Tastempfindung), und wir können wohl annehmen, dass die mit den Sinnesempfindungen verbundenen Gefühle bezüglich ihrer Entwicklung in entsprechender Weise von den Zentren abhängig sind. Einen taubgeborenen Komponisten kann es nicht geben und während das Gehirn des Taubgewordenen keine mikroskopisch nachweisbare Veränderung des Hörzentrums zeigt, ist es nicht unwahrscheinlich, dass sich die angeborene Taubheit in der verminderten Grösse oder Zahl der Zellen usw. ausdrückt, die sich früher oder später nachweisen lassen wird. Bisher aber ist es noch nicht möglich, im Gehirn Zellveränderungen der Zentren nachzuweisen, wenn auch längere Zeit vor dem Tode ein Auge oder Ohr, ein Bein oder Arm verloren gegangen war. Es ist auch zu beachten, dass die ersten lokalisatorischen Erfolge nicht dem Mikroskop zu verdanken sind, sondern dem elektrischen Strom und dass die Herde, wie sie bei der Apraxie gefunden werden, bei geeigneter Färbung mit blossen Auge erkennbar sind.

Aus allem ergibt sich, dass für einen histologischen Nachweis der höheren (primären und sekundären) psychischen Funktionen noch nicht die geringsten Grundlagen geschaffen sind. Wir können am Gehirn nicht erkennen, ob ein Sinnesorgan funktioniert hat oder eine Extremität gelähmt war oder nicht, wir können noch weniger den Willen oder das Gefühl, den Zeit- oder Raumsinn lokalisieren oder gar auf die Vorstellungen des Individuums irgendwelche Schlüsse ziehen. In der Ausdrucksweise der energetischen Theorie heisst das: die Konstitution entzieht sich noch völlig dem histologischen Nachweis. Wir können aus den bisherigen Forschungsergebnissen auch nicht die Hoffnung schöpfen, dass darin so bald eine Aenderung eintritt, denn diese betreffen ausschliesslich Eigenschaften der Konstellation.

Dementsprechend können wir aus den histologischen Befunden bei Gehirnkrankheiten (zu denen wir die Katatonie rechnen) keinen Schluss auf den Grad der im Leben vorhanden gewesenen Schädigung ziehen. Die Stärke der Demenz bei Paralyse oder Dementia senilis steht bekanntlich durchaus nicht immer im Einklang mit der Stärke der histologischen Veränderungen, und nicht einmal alle Idiotengehirne lassen krankhafte Befunde erkennen. Wir können daher den Nachweis des Defektes nicht durch die Histologie erbringen und sind für ihn ebenso wie für den der vorübergehenden Hemmung auf die psychologischen Methoden angewiesen.

Ein Beweis, der sich ausschliesslich auf die immer recht subjektive psychologische Analyse stützt, braucht aber für die Annahme der neuen Begriffe Defektreaktion und -erregung nicht jedem ohne weiteres zu genügen. Manchem dürften vielmehr die bisherigen klinischen Anschauungen

einfacher und natürlicher vorkommen. So wird z. B. gewöhnlich das sinnlose Toben eines verblödeten Katatonikers auf den Verlust der Intelligenz zurückgeführt. Eine Hemmung d. h. Herabsetzung der psychischen Energie scheint hier auf den ersten Blick nicht in Frage zu kommen. Die energetische Theorie zwingt jedoch zu dem Schluss, dass hier eine chronische Hemmung neben der akuten Erregung vorhanden ist und dass daher auch die stärkste Erregung nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ hinter den Erregungen zurückbleibt, deren dasselbe Individuum in gesunden Tagen fähig war.

Der Unterschied der Anschauungen liegt vor allem darin, dass die allgemeine Ansicht den Begriff der Energie völlig aus dem Spiel lässt. Sie stellt sich partielle Ausfälle der psychischen Funktionen vor, für die sie womöglich bestimmte, besonders stark geschädigte Hirnpartien in Anspruch nimmt (vgl. Kleist).

Die energetische Theorie behauptet, dass jeder Defekt und jede Hemmung sämtliche psychische Funktionen betrifft, wenn auch einzelne Qualitäten stärker als die anderen. Durch die Unmöglichkeit, die Erregung in Energie höherer Stufe zu transformieren, tritt die tiefere Stufe deutlicher hervor und täuscht so eine stärkere Produktion psychischer Energie vor.

Wir sind so sehr gewöhnt, einen starken Affekt oder motorische Erregung nur zusammen mit Vorstellungen zu sehen und zu erleben, dass wir unwillkürlich auch den sinnlosen, tatsächlich unmotivierten Erregungen Gedanken und Empfindungen unterordnen. Im Leben des Gesunden spielen für gewöhnlich die durch Vorstellungen hervorgerufenen Empfindungen, Affekte und Strebungen eine viel grössere Rolle als die durch die primären Akte hervorgerufenen Vorstellungen. Erst wenn die psychische Energie sinkt oder auch bei katatonischer Erregung ist das Umgekehrte der Fall, also immer in abnormen Bewusstseinszuständen mit Ausnahme der hysterischen.

Bei den katatonischen Erregungszuständen treten reflektorische Assoziationen von Vorstellungen, die der Individualität d. h. der Konstellation nach wechseln, in grosser Zahl auf, sie verhindern das logische Denken und erzeugen unter Umständen Ideenflucht. Ebenso muss bei Hemmungszuständen, die ja stets katatonisch sind, die reflektorische Assoziation in den Vordergrund treten, dagegen Zielvorstellung, Aufmerksamkeit, Logik wie alle höheren psychischen Akte schwerer produzierbar oder gar unmöglich werden. Das klinische Bild eines Erregungszustandes kann daher unter Umständen dem eines Defektzustandes mit Erregung im Anfange sehr ähnlich sein bis die weitere Entwicklung die Lage klärt.

Archiv f. Psychiatrie. Bd. 60. Heft 1.

6

Der Beweis für das gleichzeitige Vorhandensein von Hemmung und Erregung könnte aus einer Analyse der zu dauernder Verblödung führenden Psychosen erbracht werden. Oder aber man könnte zeigen, dass die Gruppen der Hyponoiker und relativen Hysteriker, die beide unter den Sammelnamen der Psychopathen fallen, eine weitgehende Ähnlichkeit der Symptomatologie mit den Anfangsstadien der Geisteskrankheiten mit Defekt darbieten und daraus das Vorhandensein der Hemmung in beiden Fällen erschliessen.

Hier wollen wir uns jedoch nur mit einer Gruppe von psychischen Reaktionen beschäftigen, deren Vorkommen stets mit einem Zustand verbunden ist, der eine Herabsetzung der psychischen Energie auch nach allgemeiner Anschauung zur Voraussetzung hat. Damit sind wir der Notwendigkeit überhoben, den Defekt selbst erst aufzuzeigen, und können zunächst erörtern, welche Wirkung er auf das psychische Geschehen ausübt. Daraus wird sich die Begründung unserer Begriffe Defektreaktionen und -erregungen um so leichter ergeben, als diese Art Reaktionen physiologisch vorkommen und daher jedem aus eigener Erfahrung bekannt sind. Wir meinen die Träume.

2. Die Träume.

Die supprimären Funktionen im Schlafe. Die Entstehung der Träume. Einfluss der Konstitution. Träume sind Defektreaktionen. Vorkommen von Träumen. Der Defekt als Ursache der Eigenart der Träume. Nachweis der im Traum bestehenden Hemmung. Die scheinbare Stärke der Affekte. Die geringe Intensität der primären Funktion. Schwierigkeiten der Traumanalyse. Die Erinnerung an die Träume. Schlaftiefe. Zusammenhangslosigkeit der Träume. Das primäre Empfinden im Traum. Die Unlustaffekte als Schutzreflexe. Die Lustaffekte. Die Spontaneität im Traum. Das „erotische Gefühl“ als Teil der Spontaneität. Der Sexualtrieb im Traum. Die Vorstellungen im Traum. Raum und Zeit. Die Aufmerksamkeit. Einteilung der Träume. Die Ähnlichkeit der Träume mit anderen Defektzuständen. Hemmung und Verbrechen. Der Egoismus ein Zeichen des Defekts. Ermüdung, Schwachsinn und Traum. Die Deutung der Träume. Reiz und Trauminhalt. Grenzen der Traumanalyse. Einfluss der Konstellation. Hysterische Träume. Wirksamkeit von Vorstellungen im Schlaf. Katatonische Entstehung der Angstträume. Traum und Charakter. Schlaf und Hypnose. Zusammenfassung.

Der Schlaf ist ein Zustand von Bewusstlosigkeit, für den wir in derselben Weise wie für andere Hemmungszustände als Ursache einen negativen Reiz annehmen müssen, den noch unbekannte Stoffwechselprodukte ausüben. Unter Träumen verstehen wir die psychischen Reaktionen höherer Stufe, die während eines Schlafzustandes vorkommen. Es sind danach die supprimären Reaktionen nicht zu den Träumen im

engeren Sinne zu rechnen. Da aber, wie oben angeführt wurde, jede Hemmung die höheren Funktionen stärker schädigt als die tieferen, so muss die supprimäre Funktion während des Schlafes relativ am besten erkennbar sein und wird daher zunächst unsere Aufmerksamkeit verdienen.

In der Tat gehören die Reaktionen, die sich objektiv an einem Schlafenden erkennen lassen, ausschliesslich der supprimären Stufe an. Jede Einfühlung in den Bewusstseinszustand ist unmöglich. Nicht nur was ein schlafender Mensch träumt, sondern auch ob er überhaupt träumt, lässt sich nie mit Sicherheit feststellen. Den automatischen Bewegungen, dem Mienenspiel, dem Seufzen oder Lachen braucht keine primäre Qualität und keine Vorstellung zu entsprechen. Jedenfalls hat das Individuum, wenn es sofort nach solchen Reaktionen geweckt wird, oft keine Erinnerung, geträumt zu haben. Es scheint daher auch die populäre Annahme willkürlich zu sein, die das Bellen und Heulen schlafender Hunde auf Träume zurückführt. Andererseits kann sehr lebhaft geträumt werden, ohne dass der Beobachter das Geringste davon feststellen kann.

Objektiv feststellen lässt sich, dass während des Schlafes (und in geringerem Grade während eines Ermüdungszustandes) die Stärke eines Reizes erheblich grösser sein muss, als im Wachen, wenn eine Reaktion erzielt werden soll. Die Reizschwelle liegt höher als im Wachen oder, wie wir sagen, die psychische Kraft ist herabgesetzt.

Diese Tatsache bedarf keines weiteren Beweises. Die supprimäre Funktion hat aber für das psychische Geschehen im Schlaf eine sehr weitgehende Bedeutung, deren Umfang in keiner der zahlreichen Hypothesen über das Träumen richtig erkannt ist.

Je stärker die Hemmung ist, desto weniger psychische Energie kann produziert werden. Der tief Schlafende liegt ruhig, atmet regelmässig und langsam, zeigt keine Muskelspannungen. Er wird weder durch Licht, noch durch Geräusche gestört, reagiert nicht auf Reize des Tast- oder Geruchsinnes, wenn diese Reize nicht zu intensiv werden.

Ganz anders wird jedoch das Bild, wenn dem negativen Reiz positive entgegentreten, sei es vor oder während des Schlafes. Es kann sich z. B. im Schlaf Fieber einstellen, es kann durch reichliches Essen oder Krankheit die Tätigkeit des Darmes und der Verdauungsdrüsen stark in Anspruch genommen werden, ein Lungenkatarrh nötigt zu häufigem Husten, unbequemes Liegen erzeugt irgendwo einen Schmerz oder beengt die Atmung, zu starke oder fehlende Bedeckung erzeugt Temperaturempfindungen, kurz es treten irgendwelche supprimäre Reize auf, die zu einer Erregung führen. Der Schlafende braucht dabei nicht

sofort aufzuwachen, er wird aber unruhig, wirft sich hin und her, gibt unartikulierte Laute von sich oder spricht unzusammenhängend und ist nun durch Reize von erheblich geringerer Intensität zu erwecken.

Die Erregung der supprimären Funktion teilt sich den höheren Funktionen mit, d. h. es treten reflektorisch psychische Akte höherer Ordnung auf. Der supprimären Erregung können sich primäre Elemente und Vorstellungen assoziieren, es kommt zum Träumen.

Dieser Entstehungsmodus der Träume entspricht völlig dem der katatonischen Psychosen, bei denen die Krankheitsursache den supprimären Reiz ausübt.

Träume können aber auch den hysterischen Zuständen entsprechend durch Vorstellungen hervorgerufen werden, doch muss diese Genese sich auf hysterische oder doch stark hypernoische Konstitutionen beschränken.

Gelegentlich träumt wohl jeder Mensch. Sicher jedoch träumen kleine Kinder, Hyponoiker, Schwachsinnige viel seltener als Erwachsene, als Hypernoische, als die sogenannten Nervösen. Und nicht nur, dass bei den Konstitutionen, in denen P. überwiegt, überhaupt seltener Träume auftreten, auch die Form der Träume ist bei beiden Gruppen von Konstitutionen sehr verschieden. Die Träume der Hypernoiker sind reichhaltiger, detaillierter, beziehungsreicher als die der Hyponoiker.

Wir haben gesehen, dass die Erregung der sekundären Funktion viel langsamer abklingt, als die der tieferen Stufen. Dadurch erklärt sich die Tatsache, dass Hypernoiker schwerer einschlafen und schwerer tief schlafen. Der Herabsetzung der psychischen Energie wirken die ständig aus der sekundären Funktion zuströmenden Reize entgegen, sie erhalten die Reizschwelle länger auf einer gewissen Höhe. Schon relativ kleine Erregungen können bei diesen Individuen daher den Schlaf völlig verscheuchen und bei hysterischen Krankheitszuständen erweisen sich selbst grosse Dosen von Schlafmitteln als unwirksam.

Aus der hysterischen Konstitution wird durch die den Schlaf bedingende Hemmung eine relativ-hysterische, d. h. solche Individuen denken auch im Schlaf noch relativ viel, jedenfalls viel mehr als der Normale und mehr als der Intensität von P. im Schlafe normalerweise entspricht.

Die Hemmung verändert die Konstitution, indem sie stärker vermindern auf S wirkt als auf P. Aber wenn das Uebergewicht von S gross genug ist, wird es sich während des Hemmungszustandes in gewissem Grade erhalten. Dem entspricht, dass es Defektzustände bei Hysterischen gibt, die sehr lange hysterische Züge neben typisch katatonischen Erregungen zeigen.

Wir können die Träume ebenso wie die anderen psychischen Reaktionen ihrer Entstehung nach in katatonische und hysterische einteilen.

Wenn es aber auch psychogene Träume gibt, ist doch der Bewusstseinszustand stets ein Hemmungszustand und der Traum daher stets eine relativ-hysterische Reaktion. Träume sind stets Defektreaktionen.

Diese Tatsache ist noch nicht genügend hervorgehoben worden und so wurden die Träume immer wieder mit den Geisteskrankheiten verglichen, ohne dass der Vergleich, wie es notwendig ist, auf die Defektpsychosen beschränkt wurde. Fälschlicher Weise glaubte man gerade die hysterischen Dämmerzustände und die hypnotischen Erscheinungen den Träumen an die Seite stellen zu müssen, während diese im Gegenteil Erregungszustände und keine Defektzustände sind.

Die Träume beweisen also schon durch die Tatsache ihres Vorkommens während eines Hemmungszustandes der psychischen Kraft, dass es Defektreaktionen in unserem Sinne gibt. Sie bieten uns die Möglichkeit an einem reichhaltigen und jedem zur Verfügung stehenden Material zu untersuchen, in welcher Weise das psychische Geschehen durch die Hemmung beeinflusst wird oder umgekehrt, wie Reize wirken, die ein gehemmtes Kraftzentrum treffen. Ferner werden wir auf Grund unserer Theorie manche den Traum betreffende Frage klären und manche unrichtige Anschauung widerlegen können.

Die Ansichten über die verschiedenen Probleme des Träumens gehen sehr auseinander, ohne dass die eine besser als die andere begründet wäre. So wird behauptet, dass es keinen traumlosen Schlaf gebe, sondern der Traum nur häufig vergessen werde. Hier können wir uns durchaus auf die Seite derer stellen, die den traumlosen Schlaf für natürlich halten. Ausschlaggebend ist offenbar der Grad der Hemmung und die Konstitution. Je erheblicher die Hemmung ist und je mehr P in der Konstitution überwiegt, desto weniger wird im gewöhnlichen Sinne geträumt. Die hyponoischen Konstitutionen schlafen schneller ein und schlafen tiefer als die hypernoischen. Daher der feste Schlaf der Jugend und der körperlich Arbeitenden im Vergleich zu den Aelteren und geistig Angestregten. Hier kann es leichter zu Reflexbewegungen kommen, zum aus dem Schlafe Reden oder zu Lust und Unlust, die sich im Mienenspiel kundgibt, ohne dass Vorstellungen vorhanden bzw. erinnerungsfähig sind. Die Möglichkeit, sich des Traumes zu erinnern, muss ebenfalls von dem Grad der Hemmung abhängig sein, insofern die primären Akte und Vorstellungen von zu geringer Intensität nicht reproduziert werden können.

Es muss also alle Uebergänge geben vom traumlosen Schlaf zum deutlichen Traum. Bei einer Hemmung, die nicht zum völligen Ein-

schlafen genügt, träumen wir am lebhaftesten. Man denke nur an die Zustände von Erschöpfung, in denen man sich mit Mühe wach erhält, sich zur Aufmerksamkeit auf ein Gespräch, einen Vortrag usw. zwingen will. Dabei kommt es nicht selten vor, dass plötzlich der Kopf vornüber sinkt, man fährt auf und bemerkt, dass man schon eine Zeitlang geträumt hat. Auch die Halluzinationen, die von Wanderern in der Wüste und Teilnehmern von Nordpolexpeditionen berichtet werden, gehören hierher.

Zu falschen Vorstellungen muss es führen, wenn man wie H. Ellis eine besondere Traumwelt annimmt, oder wie Freud das Traumbewusstsein gewissermassen personifiziert. Wir müssen vielmehr davon ausgehen, dass die Elemente des Traumes dieselben sind, wie die des Wachens, wenn wir nicht auf ein Verständnis des Träumens verzichten wollen. Ist aber, wie wir annehmen, der Defekt, also die geringe Intensität der im Schlafe produzierbaren psychischen Energie, die Ursache der Eigenart der Träume, so müssen wir in den der Selbstbeobachtung zugänglichen eigenen Träumen und in den Schilderungen der anderen diese Schwäche der psychischen Energie feststellen und weitgehende Ähnlichkeit zwischen Träumen und anderen Defekterregungen finden können. Eine objektive Feststellung der psychischen Energie ist hier noch weniger als sonst möglich. Wir sind daher auf Ueberlegungen angewiesen.

Für unsere Annahme spricht zunächst, dass jeder primäre Reiz von gewisser Stärke den Schlaf unmöglich macht oder aufhebt. Wenn er also durch die Träume, wie es doch der Fall ist, sehr oft nicht gestört wird, so muss das besondere Gründe haben. Jedenfalls geht dem Einschlafen gewöhnlich ein Stadium der Beruhigung voraus, die Erregung des Wachens klingt ab, die Glieder lösen sich. Der geistig Arbeitende muss seine Gedanken gleichgültigen Dingen zuwenden, der körperlich Angestrengte die erregte Herztätigkeit und die Atmung zur Ruhe kommen lassen. Die sekundäre wie die supprimäre Funktion darf sich also in keiner erheblichen Erregung mehr befinden, wenn es zum Schlafen kommen soll. Dementsprechend darf auch die primäre Funktion nicht erregt sein. Schmerz, Angst, Triebe jeder Art (motorische oder sexuelle Unruhe) hindern das Einschlafen.

Das Eintreten eines Dämmerzustandes kann dadurch hervorgerufen werden, dass übergrosse Erschöpfung die psychische Kraft trotzdem weit genug herabsetzt und nun lebhaft geträumt wird. Sehen wir aber von diesen nicht gewöhnlichen Zuständen ab, so ist im Allgemeinen erst mit Eintreten des Schlafes die Möglichkeit zum Träumen gegeben. Dass wir am lebhaftesten bei Beginn und gegen Ende des Schlafes träumen, ist vielfach festgestellt und stimmt jedenfalls zu unserer Anschauung.

Der Grad der Erregung oder besser Hemmung, in welchem sich die supprimäre Funktion während des normalen Schlafes befindet, entzieht sich der Selbstbeobachtung völlig. Nur in manchen Fällen bemerken wir beim Erwachen Herzklopfen, Schwitzen, Schmerzen, sexuelle Erregung. Wir haben dann meist lebhaft geträumt, haben uns im Traume geängstigt, erschreckt, aufgeregt, wollten etwas ausführen z. B. jemanden einholen und konnten doch die Füße nicht erheben, sollten im Examen eine Frage beantworten, machten uns irgendwie lächerlich.

Alle diese Affekte können sehr lebhaft empfunden werden, die primäre Qualität des Gefühls kann also im Traum stark erregt erscheinen und sich sogar durch die Erregung der supprimären Funktion, die wir noch beim Erwachen spüren, als tatsächlich erregt dokumentieren.

Man nimmt gewöhnlich an, dass die körperlichen Erscheinungen als Folge dieser Affekte aufzufassen sind. Dies kann der Fall sein, dann würde es sich um einen psychogenen Traum handeln. Das häufigere aber ist unseres Erachtens, dass der Traum katatonisch, also aus einer supprimären Erregung entsteht. Eine körperliche Störung liefert den Reiz, der sich nun auf die höheren Funktionen ausbreitet und, wie Freud sagen würde, gedeutet wird, d. h. in unserer Anschauung zu reflektorischen Affekten und Assoziationen überhaupt führt. Diese sogenannten Angstträume sind daher schon nicht als völlig normal anzusehen. Wenn sie auch nicht selten sind und ohne erhebliche Erkrankung auftreten, so kommen sie doch auf katatonischem Wege ausschliesslich bei Störungen des Allgemeinbefindens zu Stande. Vor allem spielen hier alkoholische Exzesse und Ueberlastung der Verdauungsorgane eine Rolle. Beide setzen die psychische Energie stärker als gewöhnlich herab, sie erschweren damit das Erwachen und geben so die Möglichkeit, dass der Schlaf trotz relativ starker Erregung der primären Funktion z. B. des Fühlens (es kann auch eine Empfindung oder ein Streben sein) andauert. Es ergibt sich hier, dass bei stärkerer Hemmung lebhafteres Träumen möglich ist als bei gewöhnlichem Schlaf. Das ist nicht paradox, da Hemmung und Erregung verschiedene Ursachen haben, die gleichzeitig auf das Kraftzentrum wirken. Eine gewisse Schlafentiefe ist für jeden Traum Vorbedingung.

Das Wichtige ist dabei, dass die primäre Erregung nur relativ stark ist. Sie erscheint dem Träumenden zwar lebhaft, damit ist noch nicht bewiesen, dass sie es ist. Der Träumende gleicht in gewisser Beziehung dem Kinde, das um seine zerbrochene Puppe weint. Nur empfindet das Kind den Schmerz so stark, wie es zu empfinden fähig ist, es trauert mit der ganzen „Kraft seiner Seele“. Der Träumende aber ist im Wachen noch viel stärkerer Empfindungen fähig, er trauert

nur mit halber Kraft. Während des Schlafes aber fehlt ihm jeder Massstab, es fehlt die Begründung und die Kritik. Hemmungslos kann sich die Affekterregung ausbreiten, verstärken, die supprimäre Funktion erregen, sie kann sich aber nicht in höhere psychische Akte transformieren. Mitunter tritt nur eine einzige Vorstellung hinzu, die den Träumenden im Augenblick ausreichend für die Begründung des Affekts erscheint, die er aber beim Erwachen sofort als sinnlos erkennt. Oefter ist auch keine klare Vorstellung mit der primären Erregung verbunden oder wird beim Erwachen nicht mehr erinnert. Dies zeigt, dass die Erregung von der supprimären Stufe ausgeht und die Vorstellungen bei diesen Angstträumen nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Diese Erklärung wird durch eine weitere Ueberlegung noch wahrscheinlicher gemacht. Es ist eine häufige Beobachtung, die wohl jeder aus eigener Erfahrung mit Beispielen belegen kann und für die auch H. Ellis eine Reihe von Fällen beibringt, dass nämlich der Affekt ausbleibt, trotzdem wir im Traum die ungeheuerlichsten Dinge erleben, ja sogar ausführen. Situationen, deren Gefahren uns zwar klar werden, erzeugen keine Angst, Verwundungen keinen Schmerz und auch Strebungen, die wir erwarten, bleiben aus. Man nimmt diese Mängel nicht selten im Schlafe mit Verwunderung wahr. Derartige Träume treten besonders bei hypnoischen Konstitutionen auf, sie sind die normale Art ihrer Träume. Hierbei ist trotz der Hemmung noch ein Ueberwiegen der sekundären Funktion über die primäre vorhanden, die Konstitution ist vorübergehend relativ hysterisch geworden. Sobald die Hemmung stärker ist und nun von der supprimären Stufe ausgehende Erregungen auftreten, die nicht wie sonst in Vorstellungen transformiert werden können, erscheint die Erregung der primären Qualität ungewöhnlich stark. Der Mechanismus ist ähnlich wie der bei Auslösung des Knie-sehnenreflexes bei darauf gerichteter und abgelenkter Aufmerksamkeit. Auch hier verteilt sich die Erregung im ersten Falle, im zweiten dagegen kommt sie ganz der supprimären Funktion zu gute.

Dazu kommt noch, dass wir nicht feststellen können, wie lange die Erregung der primären Qualität, hauptsächlich also die Angst im Traume besteht, bevor sie zum Erwachen führt. Es fehlt uns im Traum das Zeitmass und, wie bekannt, träumt man manchmal in wenigen Minuten mehr als sonst in Stunden. Das Gefühl, sehr lange Schmerz oder Angst ausgestanden zu haben, seiner Bewegungen nicht Herr gewesen zu sein, kann daher sehr wohl auf Täuschung beruhen. Auch im Wachen werden ja die Minuten, die man in unangenehmen Situationen verbringen muss, zur Ewigkeit.

Wir kommen also zu dem Schluss, dass die primäre Erregung in Wirklichkeit nicht so stark ist, wie sie dem Träumenden erscheint und nicht so lange dauert wie er glaubt. Sie führt vielmehr schnell zum Erwachen und bleibt tatsächlich hinter den Erregungen im Wachen weit zurück.

Wir nahmen oben an, dass die Angstträume und die ihnen entsprechenden der anderen primären Qualitäten (man könnte sie analog Schmerz- und Willensträume nennen, während Affekt-Empfindungs-Spontaneitätsträume umfassendere und richtigere Bezeichnungen wären) meist katatonischen, nicht hysterischen Ursprungs seien. Diese Annahme ist nicht willkürlich, sondern beruht auf der Erkenntnis, dass bei allen Defektzuständen in unserem Sinne die sekundäre Funktion eine im Verhältnis zum Wachen nur geringe Rolle spielen kann. Sie wird ja durch den negativen Reiz am stärksten geschädigt. Nur bei Hypernoikern stärkeren Grades und voraufgehenden hysterischen Erregungen, die den Schlaf nicht tief werden lassen, können einzelne Vorstellungen zu stärkeren primären Erregungen Veranlassung geben. Solche Träume werden dann leicht die Beziehungen auf das affektbetonte Erlebnis erkennen lassen, werden detaillierter und zusammenhängender sein und deutlicher in der Erinnerung haften als die katatonischen, bei denen die Veranlassung des Affekts mitunter beim Erwachen vergessen oder doch nur sehr nnklar zu reproduzieren ist. Auch diese Träume sind also selten und stellen einen von den gewöhnlichen abweichenden Typus dar.

Zusammenfassend können wir sagen: Stärkere Erregungen der primären Funktion sowohl katatonischen wie hysterischen Ursprunges treten nur in besonderen Fällen auf und gehören nicht zu der alltäglichen Form der Träume. Im Allgemeinen aber ist die Intensität primärer Akte im Traum sehr gering, wie es der Hemmung der psychischen Energie entspricht.

Daher gehen so viele Träume spurlos an uns vorüber, wirken nicht als erlebt, sind in der Tat dem Schaum vergleichbar, der nur die Oberfläche, nicht die tieferen Schichten kräuselt. Wäre es anders, so wären wir auch gar nicht im Stande, unsere wirklichen Erlebnisse von unseren Träumen zu unterscheiden, während dies gewöhnlich mit absoluter Sicherheit geschieht. Die seltenen Ausnahmen, in denen das nicht der Fall ist, sind stets darauf zurückzuführen, dass entweder der Schlaf oder der Bewusstseinszustand des Wachens nicht normal ist. Mit Recht sagt Jodl: „Der Traum ist ein schlafendes Halluzinieren“, womit der sekundären Funktion die wesentliche Rolle im Traumbewusstsein zugewiesen wird.

In Uebereinstimmung damit sehen wir viel öfter gesunde Menschen, Hypnoiker natürlich, vom Träumen beeinflusst, als Geisteskranke, ausgenommen die hysterischen. Bei Schwachsinnigen höheren Grades und allen stärkeren Verblöndungszuständen sind Träume nicht mehr festzustellen. Die Behauptung von Ellis (W. d. Tr. p. 259), dass Geisteskrankheit durch einen Traum hervorgerufen werden kann, entbehrt jeder Begründung. Höchstens könnten relative Hypnoiker (also Schwachsinnige, bei denen $P < S$ ist) gelegentlich stärkerer Beeinflussung durch Träume unterliegen.

Man hat behauptet, dass kein Reiz das Traumbewusstsein erreichen kann, ohne erst eine Umformung durchzumachen. Ellis drückt das folgendermassen aus: „Sie (die Reize) müssen erst das Gepräge von Erscheinungen der äusseren Welt, das sie tragen, abstreifen. Sie müssen das Gepräge einer anderen Welt, das der Traumwelt annehmen“. Sehr poetisch, aber falsch!

In der Annahme einer besonderen Traumwelt scheint der Glaube an ein Doppelleben der Seele noch fortzuwirken. Wenn die Traumwelt, wie Ellis meint, wirklich eine Welt für sich wäre, „ein dämmeriges Schattenhaus, in das kein Strahl aus der äusseren Welt des wachen Lebens fällt“, dann müssten wir wohl auf ein Verständnis dieser psychischen Akte verzichten. Auch das Aufzeichnen des Traumes, direkt nach dem Erwachen, auf das Ellis mit Recht Wert legt, könnte uns nicht viel helfen.

Das Interesse, das den Träumen zu allen Zeiten entgegengebracht worden ist, hat dazu geführt, sie mit einem Nebel mystischer Vorstellungen zu umgeben, die natürlich den jeweils herrschenden Weltanschauungen entsprachen. Erst sandten die Götter den Traum, um die Zukunft zu verkünden, später der Teufel, um die Frommen zu versuchen, jetzt verkündet Freud, der Traum diene zur Erhaltung des Schlafes.

Die mit diesen Ansichten verbundenen Fragen werden sich durch die Analyse des Traumes ohne weiteres beantworten lassen. Vor allem müssen wir ohne Voreingenommenheit irgend welcher Art an die Tatsachen herangehen, die jedem bekannt sind.

In Wirklichkeit sind die Schwierigkeiten der Traumanalyse nicht wesentlich grösser als die, welche der Analyse des subjektiven Erlebens überhaupt entgegenstehen und sie sind keineswegs prinzipieller Natur. Unsicherheit der Auffassung, der Erinnerung, des Urteils über bestimmte Vorgänge sind auch im Wachen vorhanden. Auch auf der Vergangenheit ruhen Schatten, die sich mit wachsender Entfernung verdichten und die Rekonstruktion erschweren.

Zweifelloos erschweren besonders die Ungenauigkeit und Unvollständigkeit, die die Erinnerung des Traumes auszeichnen, seine Analyse nicht unwesentlich. Man hat daher versucht, den Traum möglichst zu vervollständigen. Ellis u. a. empfehlen zu dem Zweck, ihn sofort nach dem Erwachen aufzuschreiben. Es ist jedoch klar, dass auch hierbei eine Menge nachträglicher Zusätze, Veränderungen, Auslegungen unterlaufen können, die sich der Feststellung und Prüfung völlig entziehen. Auch die Freud'sche Methode erscheint uns nicht geeignet, einen Traum vollständig und genau zur Reproduktion zu bringen.

Wir sind vielmehr überzeugt, dass immer nur Bruchstücke dessen, was geträumt wird, in der Erinnerung haften, und zwar hängt die Erinnerungsfähigkeit von verschiedenen Umständen ab. Sie ist zunächst geringer bei tiefem, grösser bei weniger tiefem Schlaf, also der Hemmung umgekehrt proportional. Sie ist aber bei gleicher Hemmung dem Grade der Defekterregung direkt proportional. Hysterische Träume haften genauer in der Erinnerung als katatonische, entsprechend erinnern sich Hyponiker besser ihrer Träume als Hyponiker. Neben den zahlreichen Beziehungen, die durch die Vorstellungen gegeben sind, kommt dazu, dass sie sich besser erzählen lassen, da sie verständlicher, motivierter sind, als die unklaren katatonen Erregungen.

Der Grad der Erinnerungsfähigkeit oder -unfähigkeit ist also für die Diagnose, um welche Art von Traum es sich handelt, in gewissem Grade zu verwerten und wir haben keinen Grund, uns diesen Anhaltspunkt methodisch zu verkümmern.

Für die Tiefe des Schlafes besteht zweifellos ein ziemlich richtiges Gefühl. Diese hängt mit der Erfrischung zusammen, die wir nach tiefem Schlaf empfinden und auch mit der Erinnerung an eine kürzere oder längere Zeit völliger Bewusstlosigkeit. Beides tritt besonders nach traumlosem Schlaf ein. Bei lebhaften Träumen wird manchmal die Unmöglichkeit des Erwachens gespürt, manchmal dagegen tritt die Vorstellung, dass alles nur ein Traum ist, mildernd und den Schlaf verlängernd auf. Im letzten Falle ist die Hemmung weniger intensiv, die hysterische Erregung stärker, im ersten Falle ist die Hemmung stark und gleichzeitig eine erhebliche Erregung vorhanden.

Stets erschwert aber die Hemmung bzw. der Defekt die Erinnerung des Traumes. Ein Zweites kommt hinzu, das sich aber später als Folge des Defektes erweisen wird.

Die meisten Träume haben wenig Zusammenhang und ebenso wie man eine Anzahl sinnlos aneinandergereihter Silben schwerer behält als zusammenhängende Worte, ebenso muss der Mangel an logischem Geschehen und Denken, der den Traumgebilden eigentümlich ist, ihr

Erinnern erschweren. Ein zu logischer Traum wird sogar berechnete Zweifel an der Wahrheitsliebe oder Kritik der ihn berichtenden Person hervorrufen, auch wenn er sofort nach dem Erwachen aufgeschrieben wurde. Immerhin kann man, um gleichartiges Material zu haben, solche Aufzeichnungen mit der nötigen Vorsicht benutzen.

Wir glauben, darauf verzichten zu können, neues kasuistisches Material beizubringen, wollen vielmehr gegebenen Falls auf Ellis „Welt der Träume“ Bezug nehmen. Da nämlich dem Traum der Zusammenhang fehlt, so stellt eigentlich jede Traumerzählung, wie sie gewöhnlich erinnert wird, eine Summe von Einzelträumen dar. Für eine allgemeine Besprechung der Stärke und Form der psychischen Reaktion, die uns auch hier wieder vor dem Inhalt interessieren, ist es aber gleichgültig, ob sie während desselben oder während verschiedener Schlafzustände vorgekommen sind. Anstatt uns also auf Einzelfälle zu beschränken, wollen wir versuchen, das den normalen Träumen Gemeinsame, für sie charakteristische, nämlich die geringe Intensität der psychischen Energie nachzuweisen, indem wir voraussetzen, dass jedem Reaktionen in genügender Zahl erinnerlich sind, um unsere Angaben nachprüfen zu können.

Eine Betrachtung der einzelnen Qualitäten der primären Funktion soll zunächst erweisen, dass die primäre Energie im Traum herabgesetzt ist.

Die häufigsten Empfindungen im Traum sind wohl die des Gehörs. In zweiter Linie erst stehen die Gesichtsempfindungen. Geruchs- und Geschmacksempfindungen sind selten, ebenso die eigentlichen Tastempfindungen. Eine Sonderstellung nehmen die sexuellen Empfindungen ein.

Das Verhältnis ist hier offenbar dasselbe wie bei den Halluzinationen. Deutliche Tastempfindungen sind auch hier selten, wie in der Th. d. Ps. gezeigt wurde.

Die Rollen sind also ebenso wie im Wachen verteilt. Es gibt anscheinend mehr Menschen vom Typus der „Tontiere“ als von dem der „Sehtiere“. Bei diesen müssten natürlich die Gesichtsempfindungen auch im Traume häufiger sein.

Die geringe Intensität der primären Energie fällt uns während des Träumens nur selten auf. Es kommt allerdings vor, dass wir einen heftigen Schmerz, einen Knall oder Schrei erwarten und uns über sein Ausbleiben wundern. Im allgemeinen aber empfinden wir die Sinnesindrücke als den Umständen entsprechend.

Die Gehörsempfindungen sind oft deutlich. Melodien, Orchestermusik u. a. wird genau unterschieden und erkannt, die Stimme Verstorbener hat den aus dem Leben bekannten Klang, wir hören es regnen oder

donnern, hören die Geräusche, die uns im täglichen Leben gewohnt sind. Die geringe Intensität der primären Empfindung zeigt sich hier darin, dass eine Explosion z. B. ohne Knall verläuft, dass Lärmen oder Schreien zwar vorgestellt, aber nicht empfunden wird, ohne sofort zum Erwachen zu führen. Auch dann hören wir kein lautes Geräusch, erwachen vielmehr durch die Erwartung desselben. Nur wenn ein äusserer Reiz, also ein reales Geräusch zum Erwachen führt, hören wir wirklich etwas. (Ueberlautes Empfinden realer Reize.). Charakteristisch scheint mir noch, dass wir eine Melodie gerade dann nicht behalten, wenn wir sie besonders schön finden. Sie kommt uns fremdartig vor, klingt wunderbar, so schön, wie wir es uns immer „erträumt“ hatten und beim Erwachen ist es unmöglich, sich ihrer zu erinnern. In diesen Träumen betrifft die Erregung offenbar mehr das primäre Fühlen. Der Lustaffekt schafft die Musik, indem die Erregung auf das Empfinden übergreift. Die Worte, die wir im Traume gehört haben, oder die von früher bekannten Melodien können wir dagegen oft nachher genau angeben.

Auch den Gesichtsempfindungen fehlt die Intensität. Das Licht der Sonne blendet nicht, andererseits scheint völlige Dunkelheit im Traum nicht vorzukommen. Bekanntlich träumen auch Erblindete, dass sie wie früher sehen. Ueber die Träume Blindgeborener liegt uns kein Material vor, es ist aber nicht anzunehmen, dass sie im Traum Lichtempfindungen haben. Denn nur was bereits erlebt oder vorgestellt worden ist, kann Inhalt des Träumens sein. Nie erfahren wir vorher völlig Fremdes im Traume, der nur neue Kombinationen der früheren psychischen Akte schaffen, nicht aber neue primäre Akte hervorbringen kann. Was sonst nur vorgestellt war, kann als primär, als erlebt erscheinen, z. B. glauben wir zu fliegen oder träumen uns als Meister irgend einer Kunst, die wir nie geübt haben. So wenig uns aber dies geträumte Können für das Leben nützt, so wenig kann uns der Traum die einfachste Empfindung lehren, die wir nie gehabt haben.

Ellis behauptet, dass die Farbe bei den meisten Menschen im Traum selten vorkommt, die Visionen meist grau erscheinen. Das würde unsere Ansicht von der Schwäche der Lichtempfindungen bestätigen, da bei geringer Intensität des Lichtes die Farben verschwinden. Wir glauben aber, dass E. hier zu weit geht. Selten sind nur die grellen Farben, die eben starke Lichtempfindungen darstellen.

Die Gesichtsempfindungen des Traumes sind im allgemeinen unscharf und verändern sich bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit. „Die Traumvisionen ziehen kaleidoskopisch vorüber“ (Ellis).

Geruchs- und Geschmacksträume, die auch nach Ellis selten auftreten, zeigen nie eine grosse Intensität, ohne zu sofortigem Erwachen zu

führen. Auch hier darf man nicht die Affekterregungen mit den Sinnesempfindungen verwechseln. Wie Gehörsempfindungen, so treten im Traum manchmal wunderbare Geruchs- oder Geschmacksempfindungen auf, die wir nachher zurückzurufen uns vergeblich bemühen. Der Ton liegt auch hier auf dem Affekt, nicht auf der Empfindung. Die Unlustempfindungen, die durch Geruchs- oder Geschmacksempfindungen entstehen, sind noch seltener und dann gewöhnlich durch äussere, reale Reize hervorgerufen. Sie führen meist zum Erwachen, was einen reflektorischen Schutz des Individuums bedeutet.

Zur Erhaltung des Individuums notwendig, also als Schutzreflex aufzufassen, scheint die Tatsache, dass stärkere Unlust, welcher Art sie auch sei, zum Erwachen führt und daher im Traum nicht erlebt werden kann. Die Ausnahme, die die Angstträume bilden, wurde oben bereits erklärt.

In Zusammenhang mit dem Zweck, das schlafende Individuum vor Schaden zu bewahren, dürfte auch die besondere Wirkung stehen, die äussere Reize auf das Träumen ausüben. Man kann nämlich häufig feststellen, dass relativ kleine äussere Reize, sei es, dass sie Empfindungen des Tastsinnes, des Gehörs, Geruchs oder Gesichts auslösen, im Traum ungeheuer stark erscheinen und schreckhaftes Erwachen herbeiführen. Hierbei spielt die Konstellation eine wesentliche Rolle, durch welche die primären Qualitäten sich mit Vorstellungen assoziieren können, die affektbetont sind und zu einer Verstärkung der Erregung und damit zum Erwachen führen. Es ist mitunter nicht möglich jemanden aufzuwecken, ohne ihn zu erschrecken, da jeder leise Reiz in diesem Sinne wirkt. Dies ist der Fall, wenn ein besonderer Grund zur Aufregung gegeben ist, wie Krankheit eines Angehörigen oder, wenn der Schlaf nicht erlaubt war, wie bei Personen, die Krankenwachen übernommen haben, bei Posten, auch bei übermüdeten Kindern in der Schule, bei Erwachsenen in Vorträgen oder Konzerten.

Diese primären Affekte, die zum Erwachen führen, kann man füglich nicht mehr den Träumen zurechnen. Sie beweisen vielmehr, dass die Intensität auch hier eine gewisse Stärke nicht überschreiten kann, sondern gegen das Wachbewusstsein stark herabgesetzt ist. Auf die Verarbeitung der äusseren Reize im Traume wird noch einmal zurückzukommen sein.

Für die Lustaffekte ist im Traum erheblich mehr Platz als im Wachen. Sie brauchen nicht als Schutzreflexe zu wirken, man kann sich ihnen, ohne durch die Fesseln der Vernunft gebunden zu sein, hingeben, sie sind nicht nur das Zeichen eines guten Gewissens, sondern auch des normalen Zustandes der körperlichen Funktionen. Daher treten

sie vor allem dann auf, wenn die grösste Müdigkeit überwunden ist und das Wohlbehagen der wiedergewonnenen Frische sich geltend macht, wenn man also eine Stunde länger schlafen kann als gewöhnlich. Auch hier kann schliesslich die wachsende Lust zum Erwachen führen, z. B. wenn wir über irgend etwas herzlich lachen müssen oder besonderen Stolz, lebhafte Freude empfinden. Im allgemeinen kommt es aber auch hier nur zu Stimmungen, zu allgemeinem Wohlgefühl, zu angenehmen Empfindungen, zur Zufriedenheit mit sich und der Welt. Diesen Träumen gilt vor allem das Lob der Dichter und Völker.

Es ist merkwürdig, dass gerade sie dem Traumpychologen Ellis ganz entgangen sind. Er widmet zwar den „Gemütsbewegungen der träumenden Seele“ ein besonderes Kapitel, in dem aber von Affekten, besonders von Lustaffekten im Traum sehr wenig die Rede ist. Seine Beispiele zeigen gerade einen auffallenden Mangel an entsprechenden Gefühlen und er hat offenbar nur Unlustaffekte im Auge, wenn er sagt: „Der Schlaf ist deshalb eine so wirksame Vorbedingung für das Auftreten von Affekten, weil er, während er der Sinnestätigkeit eine erhebliche Aktivität und der Phantasie die allergrösste Freiheit gewährt, zugleich die motorische Aktivität in allen Richtungen aufs stärkste hemmt“. Er ist der Meinung, dass der meist vergebliche Kampf der Bewegungsimpulse sich in Handlungen umzusetzen, auf das Seelenorgan derart zurückwirkt, dass in ihm die reflektorischen Wellen zum Affekt werden! Dabei können wohl nur Unlustaffekte zu Stande kommen, die auch wir nicht leugnen, denen wir aber für das Träumen selbst keine grosse Intensität zusprechen können. Sobald sie stärker werden, führen sie vielmehr zum Erwachen.

Wie die meisten Autoren erkennt Ellis die durch den Schlaf hervorgerufene Hemmung vor allem für die Spontaneität an. Dabei übersieht er aber zweierlei.

Erstens sieht er die „motorische Aktivität“ als den einzigen Ausdruck der Spontaneität an, während sie für uns nur einen Teil derselben darstellt. Wir unterscheiden die verschiedenen Triebe wie den Wahrnehmungs-, Nahrungs-, Bewegungs-, Nachahmungstrieb, auf denen sich die Aufmerksamkeit, das Interesse aufbaut, und rechnen vor allem den sexuellen Trieb hierher, den E. völlig in dem erotischen Gefühl verschwinden lässt.

Zweitens aber unterscheidet er, zum Teil wohl infolge dieses ersten Fehlers, nicht scharf zwischen Traum und Schlaf. Niemand zweifelt, dass die Spontaneität im Schlafe stark gehemmt ist. Wir wollen nachweisen, dass dem Traumbewusstsein stärkere Triebe normaler Weise ebenso fehlen, wie stärkere Affekte und Empfindungen. Wir bewegen

uns doch im Traum unbehindert, handeln so, wie es uns zweckmässig erscheint, haben Wünsche und Hoffnungen, Sorgen und Befürchtungen wie im Wachen. Hier sind doch überall Spontanitätskomponenten deutlich erkennbar, ebenso wie Empfindungen und Affekte. Nur tritt es hier bei den Bewegungen eben deutlich zu Tage, dass wir die primären und supprimären Akte mehr vorstellen als wirklich erleben, dass wir die Bewegungen halluzinieren ohne sie auszuführen. Wie aber bei allen vorgestellten Empfindungen und Affekten stets die primäre Stufe mitschwingt, so werden auch die Bewegungshalluzinationen von Bewegungsimpulsen begleitet. Sie können sogar zu irgendwelchen Bewegungen führen, die das geträumte Ziel natürlich nicht erreichen. Wir träumen z. B. eine Rede zu halten und geben in Wirklichkeit nur einzelne unartikulierte Laute von uns. Macht sich der Widerstand des Körpers bemerkbar, was nicht die Regel bildet, so steigt die Erregung des Willens und es tritt Erwachen ein.

Es kommt uns nicht darauf an, ob eine Bewegung während des Traumes ausgeführt wird — eine solche braucht in gar keinem Zusammenhang mit dem Traum zu stehen — sondern ob das Streben nach Bewegung als erlebt empfunden wird. Es zeigt sich sofort, dass wir uns alle Bewegungen nur summarisch vorstellen, uns als Schwimmer, Reiter, Flieger träumen können, ohne aber dabei einzelne Bewegungen oder gar Bewegungsvorstellungen zu halluzinieren oder zu erleben. Wir träumen, irgend wohin gehen zu wollen und sind im nächsten Moment bereits dort, wir wünschen etwas zu besitzen oder zu erreichen und es steht sofort vor unseren Augen, wir sehnen uns nach einem Verstorbenen und hören ihn sofort sprechen. Der Trieb hat in diesen Fällen keinen Grund sich zu verstärken, verschwindet vielmehr mit seiner Befriedigung.

Dieser schnellen Befriedigung allen Strebens steht die ebenso prompt eintretende Erfüllung aller Befürchtungen, des Widerstrebens zur Seite, Wir versinken, sterben, fallen durchs Examen und erleben die unangenehmsten Situationen. In diesen Träumen tritt aber das Widerstreben gegen den Unlustaffekt in den Hintergrund. Es ist so innig mit ihm verschmolzen, dass es schwierig oder unmöglich ist, im Einzelfall zu bestimmen, welche Qualität überwiegt. Wir entscheiden uns hier leichter für den Affekt, weil er im Wachen für uns das Wesentliche ist. Erinnern wir uns aber, dass im Traum sogar eine Melodie, die uns entzückt, Nebensache, das Wohlgefühl Hauptsache sein kann, während wir im Wachen stets die Tonempfindung als die den Bewusstseinszustand charakterisierende Qualität anerkennen werden. Wir erkennen dann in der Verschmelzung der primären Qualitäten zu fast unauflöslicher

Einheit die Wirkung der Hemmung. An den geringen Quantitäten der psychischen Energie lassen sich die Elemente erheblich schwerer nachweisen als an den grösseren, besonders also als an den Erregungszuständen.

Auch im Traum zeigt sich ferner, dass die Verknüpfung von Vorstellungen und Affekten enger ist als die von Vorstellungen einerseits, Empfindungen und Strebungen andererseits. Es kommt leichter zu affektiven Erregungen als zu solchen der anderen Qualitäten, aber eine gewisse Grenze können auch die Affekte nicht überschreiten, ohne die Hemmung zu überwinden und den Schlaf zu stören. Schon aus diesem Grunde ist ein melancholischer Zustand im Traum unmöglich.

Es treten also die Affekte des Traumes leicht in den Vordergrund und haften besser in der Erinnerung. Dies darf uns aber nicht dazu verleiten, die Erregungen des Empfindens und Strebens zu übersehen, die im Verhältnis nicht mehr Einbusse an Intensität erleiden als jene. Dies wird aber für das Streben gewöhnlich angenommen und besonders verführt dazu seine Identifizierung mit der „motorischen Aktivität“.

Weil Erregungszustände beweisen, dass das „erotische Gefühl“ als reiner Sexualtrieb vorkommt, wobei das Gefühl durchaus in zweiter Linie steht und von den begleitenden Umständen abhängig ist, sehen wir auch in Hemmungszuständen wie dem Traum, wenn auch hier die Trennung der Komponenten schwieriger ist, das Wesentliche des erotischen Gefühls im sexuellen Trieb. Die Auffassung von Ellis steht mit dieser von Schopenhauer, Jodl u. a. begründeten Anschauung in Widerspruch. Für Ellis scheint das Wollustgefühl das Wesentliche des sexuellen Triebes zu sein. Dies entsteht aber erst bei seiner Befriedigung, ist nicht in ihm enthalten. Dasselbe zeigen alle anderen Triebe z. B. der Nahrungstrieb. Auch bei seiner Befriedigung treten Empfindungen und Wohlgefühl auf. Ebenso wie Hunger und Durst im Traum oft durch halluzinierte Genüsse beschwichtigt werden, so auch der sexuelle Trieb. Dieser spielt im Traum ebenso eine grössere Rolle als Hunger und Durst wie im Wachen, weniger vielleicht weil er der stärkere Trieb ist, als weil seine Befriedigung schwerer ist. Hunger und Durst, also der Nahrungstrieb, kann sicher ebenso lebhaft werden und ihn völlig verdrängen.

Die Gründe der Sonderstellung, die der Sexualtrieb unter den Trieben einnimmt, sollen hier nicht näher erörtert werden. Dass es der Fall ist, dafür spricht schon die Tatsache, dass seine Befriedigung mit dem besonderen Begriff der Wollust bezeichnet wird, während für die Stillung von Hunger und Durst so wenig wie für die Befriedigung des Bewegungs- oder Wahrnehmungstriebes besondere Ausdrücke existieren.

Die sexuelle Erregung lässt besonders deutlich die beiden Möglichkeiten der supprimären und sekundären Entstehung erkennen, die wir für alle primären Qualitäten annehmen. Beide Entstehungsarten kommen auch im Traume vor. Gewöhnlich hebt eine stärkere sexuelle Erregung wie jede andere den Schlaf auf. Dies geschieht nicht, wenn die Hemmung sehr stark ist, so dass stärkere Defekterregungen möglich werden. Besonders können Stoffwechselvorgänge physiologischer Art erregend wirken, wenn der Schlaf infolge abnormer Hemmung z. B. durch Alkoholgenuss besonders tief ist. Hier kann es zu supprimären Reaktionen (Pollutionen) kommen, die den Schlaf nicht unterbrechen, aber auch den Traum nicht beeinflussen, vielmehr unterbewusst bleiben oder nur von wenigen und undeutlichen Assoziationen begleitet sind. Es sind Defektereaktionen einer zeitig hyponoischen Konstitution, die zwar einen gewissen Grad der Erregung beweisen, aber den unwillkürlichen Bewegungen oder Sprachversuchen des Träumers analog sind.

Im Gegensatz zu diesen katatonen Traumreaktionen stehen die hysterischen. Bei ihnen kommt es trotz lebhafter sexueller Phantasien viel seltener zur supprimären Reaktion. Auch die sexuellen Akte werden nur vorgestellt ebenso wie die motorischen oder das Essen und Trinken. Das Auftreten zahlreicher Vorstellungen kann auch bei katatonischen Träumen der Hypernoiker die Erregung transformieren und die Steigerung derselben bis zum Erwachen vermeiden. So sind längere Träume erotischen Charakters möglich, ohne dass die primären Qualitäten stärker erregt sind.

In diesen Mechanismus greifen aber individuell erworbene Reflexe nicht selten störend ein, die viel beachtet werden und die Ansichten über die Sexualität im Traume beeinflussen.

Wir müssen uns vergegenwärtigen, dass die sexuelle Erregung die Sinne, das Fühlen und das Streben in sich vereinigend normalerweise die primäre psychische Kraft auf das Aeusserste in Anspruch nimmt und das Denken völlig ausschaltet. Diese Kraft fehlt der sexuellen Erregung im Traume stets, ebenso wie der Schmerz oder der Geschmack bei entsprechenden Vorstellungen ausbleibt, führen die erotischen Vorstellungen nur zu einem Lustgefühl, das die Fortsetzung des Träumens begünstigt, nicht zu sexueller Erregung.

Anders ist es aber, wenn eine Uebererregbarkeit des sexuellen Triebes besteht, wie es bei den sogenannten Neurasthenikern nicht selten der Fall ist. Hier kann es ohne erhebliche Lustempfindung auf dem Wege der reflektorischen Verknüpfung zu Pollutionen kommen, die Defektereaktionen darstellen.

Das Auftreten solcher reflektorischen sexuellen Erregung beansprucht aber wie alle Reflexe keine erhebliche psychische Energie. Es ist ja

gerade der Zweck oder jedenfalls das Resultat aller reflektorischen Assoziation, dass Energie gespart wird. Die supprimäre Reaktion kommt infolge der Erregung, in der sich die supprimäre Funktion dauernd befindet und die sich auch in dem unruhigen, nicht tiefen Schlaf der Kranken ausdrückt, leichter zu Stande und kann daher auch mit entsprechenden Vorstellungen einhergehen oder durch diese hervorgerufen werden. Sie kann also auch im Traum wahrgenommen, erlebt werden. Trotzdem ist sie aber kein Beweis für eine starke Intensität des sexuellen Triebes im Traum, sondern vielmehr für die enge reflektorische Verbindung der sekundären und supprimären Funktion, die hier auf krankhafter Basis beruht.

Wir kommen also zu dem Schluss, dass auch die sexuelle Energie, der Sexualtrieb wie alle anderen Qualitäten der Spontaneität im Traum herabgesetzt, wie alle primären Erregungen überhaupt auf ein geringes Mass beschränkt ist.

Mit diesem Nachweis könnten wir uns eigentlich begnügen, da unserer Anschauung nach die sekundäre Funktion von der primären abhängig ist und daher bei Hemmung derselben selbst höchstens relativ, nicht aber absolut erregt sein kann. Wir müssen also folgern, dass auch die Intensität der Vorstellungen schwächer als im Wachen ist. Es handelt sich aber für uns darum, die Anwendbarkeit des Energiebegriffs zu zeigen und damit den Begriff „Intensität der Vorstellungen“ zu begründen, der ohne ihn inhaltslos ist. Ausserdem haben wir selbst zugegeben, dass die Vorstellungen im Traume eine grössere Rolle spielen als die primären Qualitäten und es könnte daher scheinen, als ob wir der gewöhnlichen Anschauung gar nicht so fern ständen, die immer wieder die gesteigerte Phantasie des Traumes als charakteristisch betont. Indem wir ferner die „Gedankenwelt der Träume“ näher untersuchen, werden wir gleichzeitig feststellen, ob die starke Hemmung, wie sie der Schlaf darstellt, als ausreichend für die Eigentümlichkeiten des Traumbewusstseins zu erachten ist, oder ob noch andere Momente dafür herangezogen werden müssen.

Wesentlich erleichtert wird diese Untersuchung gegenüber der bisherigen dadurch, dass wir nun nicht mehr allein auf die Einfühlung angewiesen sind, sondern das Verstehen in seine Rechte tritt. Es ist sicher schwerer, sich aus der Erzählung des Traumes eines anderen ein Bild davon zu machen, wie stark seine Empfindung usw. gewesen ist, als diese Erzählung inhaltlich mit ähnlichen Ereignissen des wirklichen Lebens zu vergleichen, besonders wenn wir zunächst nicht den Zusammenhang, die logische Verknüpfung der Gedanken oder höhere geistige

Leistungen ins Auge fassen, sondern die einzelnen Vorstellungen des Traumes den analogen des Wachens gegenüberstellen.

Die Traumvorstellungen weisen gewöhnlich dem Ichgefühl gegenüber dieselben Beziehungen auf wie die des Wachens. Man kann zwar träumen, verwandelt oder gestorben zu sein, hat aber stets das Bewusstsein der eigenen, ununterbrochen bestehenden Persönlichkeit, man träumt als das Individuum als welches man lebt. Wir sehen also unsere Träume nicht wie kinematographische Bilder an uns vorüberziehen, sondern wir erleben sie, wenn auch dies Erleben sich durch seine geringere Intensität von dem des Wachens unterscheidet.

Die Träume spielen sich ferner ebenso wie alle Bewusstseinsvorgänge des Wachens auf dem Untergrunde der Begriffe von Raum und Zeit ab. Wir können diese Grundformen unseres geistigen Lebens auch im Traume nicht entbehren. Aber wir sehen hier eine andere Art von Abhängigkeit der psychischen Akte als im Wachen. Unsere Phantasie nimmt im Traume keine Rücksicht darauf, ob sich die Einzelheiten räumlich und zeitlich, also neben und nacheinander ordnen lassen. Was wir sehen, sehen wir räumlich, in richtiger Perspektive, uns selbst finden wir oft nicht als Zuschauer gegenüber einer Bühne, sondern als mitten in den Vorgängen drinstehend und handelnd und, ob die Ereignisse sich langsam oder schnell folgen, es fehlt uns nie an einer, wenn auch unzutreffenden, Schätzung oder doch einem Bewusstsein der Zeit. Suchen wir aber träumend über Raum und Zeit ins Klare zu kommen, so gelingt das nicht, vielmehr wechselt der Schauplatz, völlig andere Ereignisse lösen die soeben noch vorhanden gewesenen ab, wir werden abgelenkt.

Die Entstehung der Begriffe Raum und Zeit hat Jodl eingehend erörtert und gezeigt, dass sie sich aus den primären Qualitäten entwickelt haben. Sie erfordern eine gewisse Stärke der primären Qualitäten, zunächst der Aufmerksamkeit, also der Spontaneität. Diese Stärke ist im Traum nicht aufzubringen und so werden die Begriffe zwar reflektorisch mitgedacht, können aber niemals scharf und deutlich in das Bewusstsein treten. Sie erfordern ferner ein Vergleichen mit dem Ueber- und Nebeneinander der Erscheinungen und da dies infolge des Fehlens der realen Eindrücke im Traum keinen Anhaltspunkt gewährt, können sie nicht zur Entwicklung gelangen und keinen Einfluss auf die Assoziation ausüben.

Alle Traumerlebnisse entbehren daher genauer Raum- und Zeitvorstellungen und lassen sich diesen Begriffen nie einwandfrei unterordnen, wie es bei jedem Erlebnis des Wachens der Fall ist. Sie stehen nicht ausserhalb dieser Begriffe — was undenkbar ist — aber sie lassen bei

näherer Betrachtung erkennen, dass sie die Grenzen nicht achten, die dem wirklichen Erleben hier gesteckt sind.

Stellt man sich nun vor, dass uns irgend ein Vorgang ohne genaue Zeit- und Raumangabe mitgeteilt wird, so ist es klar, dass eine solche Mitteilung sehr wenig bestimmt, unscharf, verworren sein muss. Selbst die Märchen sind in sich örtlich und zeitlich bestimmt. Zunächst fragen wir bei allem, wann, wo und in wie langer Zeit es geschehen ist. Bei den Träumen können wir schon auf diese einfachsten Fragen keine Auskunft erhalten. Dem Träumenden selbst fällt dieser Mangel nur selten auf, er gibt sich vielmehr, ohne an den Unmöglichkeiten Anstoss zu nehmen, den Ereignissen hin.

Die Folge ist, dass an Stelle der durch die örtlichen und zeitlichen Bedingungen geschaffenen Ordnung das wirre Durcheinander der Erlebnisse tritt, wie es viele Träume darbieten. Trotzdem können auch in ihnen einzelne Vorstellungen eine gewisse Schärfe und Lebhaftigkeit zeigen. Bei näherer Betrachtung ergibt sich aber, dass die Halluzinationen des Traumes in ähnlicher Weise wie die von Geisteskranken und die Illusionen Gesunder sich damit begnügen, einen Teil eines Ganzen vorzustellen, das Uebrige aber reflektorisch zu ergänzen. So sehen wir von einem Menschen oft nur das Gesicht, von einem Saal nur eine Ecke, von einer Landschaft nur ein kleines Stück, Gespräche oder Handlungen bieten sich nur in Bruchstücken dar. Wird unser Interesse, also die Spontaneität rege, so dass wir genauer hinsehen oder hinhören, so spielt sich bereits ein anderer Akt ab, der ebenso oberflächlich wahrgenommen wird, wie die vorigen. Mitunter, besonders kurz vor dem Erwachen, kritisieren wir die Vorgänge bereits im Traum und suchen nach kausalen Zusammenhängen. Ihr Fehlen wird aber meist, nämlich bei stärkerer Hemmung, nicht bemerkt.

Dasselbe ist der Fall, was die logischen Zusammenhänge anbetrifft, nur scheint hier das Bewusstsein des Unsinnns häufiger aufzutauchen, was damit in Einklang stehen würde, dass abstraktes Denken nur auftreten kann, wenn eine stärkere Intensität psychischer Energie verfügbar ist. So machen wir uns in manchen pathologischen Angstträumen die Folgen der geträumten Ereignisse oft sehr klar und geraten dadurch noch stärker in Aufregung.

Trotz dieser Zusammenhanglosigkeit der meisten Träume hat man vielfach versucht, sie nach ihrem Inhalt einzuteilen. So hat man Wunsch-Mord-Flug-Fall-Angst usw. Träume unterschieden, vor allem auch den erotischen Träumen eine grosse Wichtigkeit beigelegt. Uns erscheint eine solche Gruppierung, die ja auch stets besondere Nebenzwecke verfolgt, völlig verfehlt.

Die Gedankenwelt der Träume umfasst nicht nur alles, was im Wachen gedacht werden kann, sondern auch alles das, was im Wachen aus Gründen des Ort- und Zeitbewusstseins, des kausalen und logischen Bedürfnisses sowie der Wirksamkeit ästhetischer, moralischer, sozialer Vorstellungen nicht gedacht werden kann, oder doch sogleich unterdrückt wird. Die unendliche Zahl von Kombinationen, die sich daraus ergeben, dass ohne jede Rücksicht Bruchstücke von früheren Gedanken und Erlebnissen zu neuen Gedanken und Erlebnissen zusammengesetzt werden, spottet jeder Einteilung. Eine solche wäre auch ebenso zwecklos, als wenn man die Wahnsysteme Geisteskranker nach ihrem Inhalt gruppieren wollte.

Die Assoziation der Vorstellung erfolgt im Traum in höchstem Masse reflektorisch, ideenflüchtig. Dadurch allein sind die Eigenarten der Träume zu erklären, die Freud als Verdichtung und Traumverschiebung bezeichnet und für die er in Zusammenhang mit dem von ihm angenommenen „Element des Dämonismus“ eine besondere „Traumarbeit“ in Anspruch nimmt. Mit diesen Ausdrücken werden die Produkte der kritiklos aneinander gereihten psychischen Elemente sehr treffend bezeichnet. Sie sind aber nicht auf den Traum beschränkt, sondern kommen auch im Wachen und vor allem bei Geisteskranken vor. Freud aber führt zu ihrer „Erklärung“ den „Gesichtspunkt der Zensur als Hauptmotiv der Traumentstellung“ ein und darin können wir ihm so wenig wie in seiner sonstigen Auffassungsweise des Psychischen folgen.

Als Einteilungsprinzip muss auch für die Träume das den Bewusstseinszustand Charakterisierende genommen werden, das ist das quantitative Verhältnis der psychischen Reaktionen zueinander. Dann können wir innerhalb der bereits unterschiedenen Hauptgruppen, den katatonischen und den hysterischen Träumen, noch Unterabteilungen abgrenzen, die zunächst die primären Elemente und erst in letzter Linie die Vorstellungen ihrem Inhalte nach berücksichtigen. Wir erhalten so zwei Reihen von Empfindungs-, Affekt- und Spontanitätsträumen, während alle Träume, in denen Vorstellungen eine wesentliche Rolle spielen, also die Mord-, Examen-, Wunsch- usw. Träume als Defektreaktionen einer hysterischen Konstitution aufzufassen sind, die katatonisch oder hysterisch entstanden sein können.

So erhalten wir allerdings keine scharf begrenzten Gruppen, aber das entspricht wohl dem Wesen der Träume besser als die üblichen einfachen Inhaltsangaben, die eigentlich nur wie Ueberschriften von Romanen zu bewerten sind.

Jeder Traum ist ein abnormer Bewusstseinszustand, der nicht ohne weiteres mit dem normalen, sondern mit den Hemmungszuständen des normalen und kranken Wachbewusstseins verglichen werden kann. Ist

die Hemmung der psychischen Kraft wirklich die einzige Ursache für die Eigenart der Träume, so müssen ihre charakteristischen Merkmale, die sie vom psychischen Geschehen des Wachens unterscheiden, den klinischen Symptomen dieser Hemmungszustände entsprechen, und zwar muss die Aehnlichkeit dem Grade der Hemmung proportional sein. Je grösser der Defekt der Vergleichspsychose, desto ähnlicher muss der Bewusstseinszustand dem des Traumes sein. Stärkere Defekte, als sie der Traum darbietet, müssen sich der Erkennung entziehen, da dieser bereits mit Bewusstlosigkeit verbunden ist.

Alle Hemmungssymptome sind Ausfallssymptome, also etwas Negatives. Die Zustände geringer Hemmung zeigen Lücken im Ablauf des höheren psychischen Geschehens, wenn wir sie mit dem normalen Bewusstseinszustand vergleichen. Diese Lücken werden durch reflektorische Assoziation verdeckt, so dass das psychische Geschehen auch während der Hemmung in ununterbrochenem Strom dahinfliesst. Die Erregung schlägt nicht so hohe Wellen wie sonst. Es treten zwar keine Intervalle des Bewusstseins auf, wohl aber Ausfälle der höchsten psychischen Leistungen.

Wir sind gewöhnt, die Taktlosigkeit des im Anfangsstadium befindlichen Paralytikers, die Roheiten des Alkoholisten, die Entgleisungen des Imbezillen als Defekt aufzufassen. In den Träumen zeigt jeder gelegentlich derartige Defekte, so dass er sich nach dem Erwachen verwundert fragt, wie er nur dazu fähig ist, solche Dinge zu träumen. Nicht zufällig sind gerade die Frommen so oft im Traume vom Teufel versucht worden, träumen die Keuschen erotische Dinge, die Ehrgeizigen das Misslingen ihrer Pläne. In den Vorstellungen der Frommen spielte der Teufel eine ebenso grosse Rolle wie die Heiligen; die Keuschheit verlangt ständige Bekämpfung des Geschlechtstriebes, der Waghalsige muss stets das Misslingen befürchten. Im Traume fehlt es ihnen allen an der psychischen Kraft, die Assoziationen wie sonst zu lenken, die Triebe und Affekte durch Vorstellungen wie Ehre und Schande, Pflicht, Treue, Ehrlichkeit usw. zu überwinden. Die Einschränkung der Assoziation verhindert das „Spiel der Motive“, die Kraft der einzelnen Vorstellungen ist nicht ausreichend, um die entsprechenden Gegenimpulse anzuregen, es fehlt die Voraussicht, die Kritik, die Ueberlegung. So werden Situationen, Handlungen, Geschehnisse, die wohl mal gehört, gelesen oder vorgestellt worden sind, als eigene Erlebnisse geträumt.

Das Fehlen moralischer, ästhetischer, sozialer Begriffe wird beim Wachenden an Aeusserungen oder Handlungen entgegengesetzter Natur erkannt. Das Zentralnervensystem des Schlafenden ist ebenso wenig wie das des psychisch Defekten zu den Höchstleistungen fähig, die nur

im gesunden und starken Geist gedeihen und wirken können und dessen beste Kennzeichen sind. Das Traumbewusstsein verfügt nicht über die Gedanken, die die Individualität, den Charakter des Wachenden ausmachen, seine Konstellation bilden, sondern die Vorstellungen treten ohne die gewohnten Assoziationen in seinen Kreis. So träumt der Beste gelegentlich unmoralisch, unästhetisch, unsozial.

Die Tatsache wird jeder zugeben, nicht aber die Annahme, dass sie auf Herabsetzung der psychischen Kraft beruht. Man nimmt vielmehr an, dass in diesen Inhalten, selbst wenn sie dem Charakter des Menschen in keiner Weise entsprechen, unbewusste Wünsche in das Blickfeld des Bewusstseins treten, die sonst durch die Zensur der Assoziationen verdrängt oder unterdrückt werden. Auch Magenverstimmungen und andere körperliche Störungen werden für den Inhalt der Traumvorstellungen verantwortlich gemacht. Jedenfalls ist man geneigt, den Träumen in Bezug auf den Charakter mehr zu glauben als dem Wachen.

Die Hemmung aber kann darum nicht die Ursache der Träume sein, glaubt man, weil ein unedler Gedanke nicht weniger psychische Kraft verbrauchen dürfte als ein edler. Wenigstens scheint dies vielen eine unbeweisbare Behauptung.

Sicher gehört zum Planen und zur Ausführung vieler Verbrechen ein grosses Mass psychischer Energie und es wäre eine Verkennung dessen, was uns die tägliche Erfahrung lehrt, wenn wir dies dem Verbrecher absprechen wollten. Die Quantität oder Intensität der Kraft, die für einen Gedanken oder für eine Handlung, für eine Empfindung oder ein Gefühl notwendig ist, kann nicht von dem Inhalt des psychischen Aktes abhängig sein. Das wird aber auch von uns nicht behauptet und trotzdem glauben wir, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Hemmung und Verbrechen (um es kurz zu sagen) nachweisen zu können.

Nicht die absolute psychische Energie ist für uns allein massgebend, sondern das Intensitätsverhältnis der primären zur sekundären Funktion. Dies Verhältnis wird durch Hemmung verändert. Während die Erregung ein etwa vorhandenes Missverhältnis nur vergrössert und stärker in die Erscheinung treten lässt, bewirkt die Hemmung eine Verminderung der höheren Funktionen, die sich desto stärker fühlbar macht, je höhere Anforderungen an die psychische Energie gestellt werden, und die daher die höchsten Leistungen zuerst schädigt. Es bleibt gewissermassen noch genug Strom im Hauptkreis, während der im Nebenkreis fast versiegt. Die höheren Funktionen sind daher das bessere Reagens auf psychische Hemmung als die primäre Stufe, abgesehen davon, dass sie leichter zu erkennen sind.

Das sind theoretische Erwägungen, die sich aus unseren Voraussetzungen ableiten lassen. Sie wären wertlos, wenn sie nicht durch die Erfahrung stetig bewiesen würden. Niemand wundert sich, dass ein verblödeter Geisteskranker an Kunst und Wissenschaft keine Freude hat und doch mit sichtlichem Genuss isst und trinkt und raucht. Hat er die Ideen, von denen er früher beherrscht war, nur jetzt so gründlich verdrängt oder hat er sich vielleicht die ästhetischen Genüsse früher nur eingebildet? Kommt jetzt sein eigentlicher Charakter ans Licht? Ist seine psychische Kraft unverändert geblieben und wendet sich nur anderen Objekten zu?

Wir nehmen im Gegenteil an, dass die Hemmung aus der früher hypnoischen oder normalen Konstitution eine imbezille gemacht hat. Die psychische Kraft ist gleichzeitig unter die Norm gesunken. ($P < I$) und die primäre Funktion hat das Uebergewicht über die sekundäre erlangt ($P > S$).

Das letzte kann der Fall sein, ohne dass geistige Erkrankung vor, angegangen und ohne dass eine Verringerung der psychischen Kraft vorhanden ist. P kann grösser als normal und doch grösser als S sein, es kann eine relativ imbezille Konstitution vorliegen. Diese Konstitution, die häufig besonders begabte Menschen besitzen, müssen wir auch für eine Anzahl von Verbrechern annehmen. Es sind stets solche, die durch das Raffinement, die Geschicklichkeit, die Energie ihrer Untaten Erstaunen erregen und das Bedauern, dass sie ihre Geistesgaben nicht auf andere Weise verwerten. Infolge ihrer Konstitution hat sich ihnen aber ein grosser Teil der Vorstellungswelt des Normalen gar nicht erschlossen, die höheren Begriffe, die das Leben des Normalen beherrschen, sind ihnen leerer Schall. Nicht das Fehlen von Kenntnissen oder der Mangel an künstlerischem oder wissenschaftlichem Interesse, nicht irgendwelche Defekte anderer Art sind für den Imbezillen so charakteristisch wie der Egoismus. Er ist egoistisch, das heisst doch: seine Empfindungen, seine Gefühle und Triebe sind ihm mehr als die der Mitmenschen, sie sind stets in ihm lebendig, sind präsentativ, können sogar stärker ausgebildet sein als normal. Die Empfindungen, Gefühle und Triebe anderer kann er sich dagegen infolge seiner Konstitution weniger deutlich vorstellen als ein normaler. Der Hypernoiker dagegen kann sich ganz anders in die Seele des Anderen hineinversetzen und ist daher Altruist. So zeigt sich hier eine gewisse Abhängigkeit der Qualität der psychischen Akte von der Quantität, d. h. von dem Verhältnis $P : S$, von der Form.

Wir sehen ferner, dass die höheren Begriffe dem Kinde fremd sind, und erst durch Erziehung in ihm zur Entwicklung gelangen. Das Kind,

das seine Puppe zerbricht, um ihr Inneres kennen zu lernen, oder dem Schwesterchen ins Auge sticht oder eine Fliege zerreisst, handelt genau wie manche Verbrecher aus egoistischen Motiven. Nur ist der Mangel an Vorstellungen hier noch normal, der Verbrecher ist in seiner psychischen Konstitution Kind geblieben. Beim Kinde ist die sekundäre Funktion im Verhältnis zu der des Erwachsenen nicht entwickelt, defekt, bei dem Verbrecher ist sie auf dieser Stufe geblieben, beim Verblödeten wieder zu ihr hinabgesunken. Alle drei Kategorien sind gewalttätig, grausam, roh, handeln ohne die Folgen zu bedenken, ohne Ueberlegung.

Es sind dies die Charaktere, bei denen niemand das Fehlen der höheren psychischen Akte auffallend findet und bei allen dreien treten die unsozialen Eigenschaften oft deutlich hervor! Wir führen diese Uebereinstimmung auf das Ueberwiegen der primären Funktion zurück, die sich auch für einen grossen Teil der Traumzustände ergeben hat. Die hyponoischen oder imbezillen Konstitutionen wie die relativ imbezillen Konstitutionen treten also in den Träumen in analogen Formen auf, nur dass die Intensität der primären Funktion im Traum erheblich geringer ist. Dadurch wird die Unterdrückung der höheren psychischen Akte noch vollkommener und das Hervortreten der egoistischen Motive noch deutlicher. Die Träume übertreffen in der Tat nicht selten die Wirklichkeit in Bezug auf den Mangel der ästhetischen, moralischen und sozialen Gefühle.

Dieser Mangel ist allerdings nicht das einzige Merkmal der zum Vergleich herangezogenen Beispiele, wenn er auch ein sehr wesentliches darstellt. Er ist erst die Folge anderer Symptome wie der Störung der Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, der Logik und Kritik. Die Moral ist stets vom Verstand abhängig, nicht von den erworbenen, angelernten Kenntnissen, sondern von der geistigen Energie, die man gewöhnlich als den gesunden Menschenverstand bezeichnet. Jedes Quäntchen, das hier fehlt, lässt dort eine grosse Lücke entstehen. Das ist eine altbekannte Erfahrung.

Fassen wir nun die Zustände ins Auge, die hier einen Defekt erkennen lassen, also die eigentlich Schwachsinnigen, so lässt sich leicht zeigen, dass alle Symptome, die sie bieten, auch den Träumen eigentümlich sind. Wir können uns im Traum nicht konzentrieren, die Assoziation nicht willkürlich lenken, Zusammenhänge nicht erfassen. Wir lachen über Dinge, die uns nachher durchaus nicht komisch oder witzig, sondern unverständlich, blödsinnig vorkommen. Ebenso können wir im Traum heftig weinen und die Rührung beim Erwachen nicht begründet finden. Es fehlt uns im Traum die Möglichkeit der Kritik.

Die Hemmung ist im Traum so erheblich, dass uns im täglichen Leben keine ähnlichen Bewusstseinszustände entgegentreten, so dass wir hier die Erfahrungen der Psychiatrie zu Hilfe nehmen müssen, um geeignetes Vergleichsmaterial zu gewinnen. Mehr Aehnlichkeit mit dem Schwachsinn leichteren Grades zeigen naturgemäss die Ermüdungszustände Normaler.

Die Ermüdung setzt jedem psychischen Geschehen gewisse Schranken. Nicht nur der Wille erlahmt, sondern auch das Empfinden und Fühlen. Ebenso wie wir uns nur eine beschränkte Zeit zu körperlichen Anstrengungen oder zur Aufmerksamkeit zwingen können, versagt auch unsere Fähigkeit zu sehen und zu hören, zu geniessen und zu leiden. Wir stumpfen schneller oder langsamer ab und können die Intensität der anfänglichen psychischen Energie nicht mehr aufbringen. Der Kraftbegriff ist hier bezeichnender Weise allgemeiner Sprachgebrauch.

Ebenso wie zu den primären, einfachen Akten bedürfen wir auch zu den sekundären, komplexen Funktionen psychischer Energie. Der Genuss eines Kunstwerkes unterliegt ebenso der Ermüdung wie der einer Speise, Lust und Leid wird gemildert, Ehrgeiz und Widerstand erschaffen. Hier sehen wir, dass die höchsten Akte die meiste Energie gebrauchen. Nur wenn wir ausgeruht, körperlich und geistig frisch sind, können wir die psychische Kraft aufbringen, die zum Verständnis eines wissenschaftlichen Werkes, zur Würdigung einer Kunstleistung, zu äusserster Pflichterfüllung notwendig ist. Nur dann sind wir Herr unser selbst, wenn wir uneingeschränkt über unsere psychische Kraft verfügen können.

Jede krankhafte Erregung beeinflusst das psychische Geschehen ungünstig, weil die Energie an falscher Stelle verbraucht wird, jede Hemmung, weil sie das Niveau der psychischen Leistung herabdrückt. Das Resultat ist in mancher Beziehung das gleiche, die Steigerung der reflektorischen Assoziationen.

Der angstvoll Wartende hört und sieht leicht Gespenster, aber auch der Erschöpfte wird leicht das Opfer illusionärer Sinnestäuschungen. Die Erwartung, ein bestimmtes Wort vor sich zu haben, führt zum Uebersehen sinnentstellender Druckfehler, ebenso verschreibt oder verspricht sich der Ermüdete öfter als der Normale. „Es irrt der Mensch, solange er strebt“, d. h. solange er sich von Hoffnungen und Wünschen, von Angst und Sorge, Liebe und Hass treiben lässt, steht er der Aussenwelt nicht objektiv gegenüber. Aber ebenso wenig erkennt der die Wahrheit, der sie nicht mit der ganzen Kraft seiner Seele sucht. Der Ermüdete verliert den Faden, seine Gedanken ordnen sich nicht mehr einer Zielvorstellung unter. Nebensächliches, früher Erlebtes drängt

sich ungewollt auf und lenkt ihn ab. Es ist zweifellos schwerer, sich von den äusseren Eindrücken, von den präsentativen, stets auf uns einströmenden Reizen zu emanzipieren und ihrer ungeachtet sich in abstrakte Dinge zu vertiefen, als sich ihnen hinzugeben. Schon bei geringer Hemmung sind wir dazu nicht mehr fähig, sondern werden durch Geräusche oder Empfindungen, die vorher nicht bemerkt wurden, durch Affekte und Strebungen, die wir unterdrücken konnten, gestört.

Solchen Störungen unterliegt der Schwachsinnige ständig. Was bei dem Normalen nur Anzeichen von Ermüdung bedeutet, charakterisiert dauernd sein Geistesleben. Und in viel höherem Masse treten diese Mängel des psychischen Geschehens in den Träumen hervor.

Je geringer die psychische Kraft, desto wirksamer werden die reflektorischen Akte, desto vollkommener werden die höheren Funktionen ausgeschaltet.

Wir sehen es physiologisch beim Tier, beim Kind, beim Ermüdeten, wir finden es beim angeborenen Schwachsinn wie bei dem erworbenen, ob die Hemmung durch Alkohol, durch Krankheit oder durch Alter hervorgerufen ist und wir finden, dass die charakteristischen Symptome, die diesen Zuständen gemeinsam sind, die wesentlichen Eigentümlichkeiten der Träume bilden, und dass sie sich hier in verstärktem Masse, gleichsam vergrößert zeigen.

Man sollte meinen, dass diese Uebereinstimmung, die sich aus den Tatsachen ergibt, die jeder kennt, deutlich genug beweist, dass der Defekt das Wesen der Träume bedingt und es erscheint überflüssig, diese Dinge noch eingehender auszuführen.

Warum hält man aber diese einfache Erklärung der Träume nicht für ausreichend, warum will man in den Träumen durchaus etwas Besonderes sehen, was der Erforschung, der Erklärung und Deutung bedarf? Hierfür gibt es verschiedene Gründe.

„Findet das Wesen des Traumes und ihr werdet alles, was man über Irresein wissen kann, gefunden haben“ meinte Hughlins Jackson. Er wollte also von den Träumen zum Verständnis der Psychosen gelangen, während wir den umgekehrten Weg für gangbarer halten und die Träume den Defektzuständen angliedern. Immerhin zeigt das Streben, von hier aus den Geisteskrankheiten näherzukommen, dass man die vorhandenen Aehnlichkeiten erkannte und die Hoffnung ist verständlich, weil der Traum schnell vorübergeht und mitgeteilt oder selbst erlebt werden kann. Man erkannte aber nicht, dass er dem Studium schwerer zugänglich ist, als Erregungszustände und dass der Erfolg aus diesem Grunde ausbleiben musste. Sobald man sich die Wirkung der Hemmung auf das psychische Geschehen klar macht, muss die Annahme,

aus Träumen mehr als aus Wachzuständen über das eigene oder fremde Seelenleben erfahren zu können, hinfällig werden.

In einer Zeit, als man den Geisteskranken von Dämonen beherrscht glaubte, musste man konsequenter Weise für den Traum übernatürliche Kräfte in Anspruch nehmen. Und es dürfte der von hier stammende Rest von Aberglauben sein, der noch jetzt immer wieder mit der Deutung der Träume dem Unergründlichen näher zu kommen glaubt. Dieser Drang nach Erkenntnis im Verein mit der Verkennung dessen, was erkennbar ist, lässt immer wieder neue „Erklärungen“ des Traumes entstehen und Anhänger gewinnen.

Wir wollen nur einige der wichtigsten Irrtümer, die hierbei unterlaufen sind, hervorheben. Wir haben zu verstehen gesucht, wie es überhaupt dazu kommt, dass wir träumen, d. h. dass während des Schlafes psychische Reaktionen von besonderer Eigenart auftreten. Wir sahen, dass neben der Hemmung Erregungen auftreten können, die vor allem auf supprimäre, seltener auf sekundäre Reize zurückzuführen sind.

So allgemein wird die Frage gewöhnlich nicht gestellt, sondern man versucht immer wieder zu ergründen, warum gerade der bestimmte Inhalt geträumt worden war, und versucht, ihn auf einen bestimmten Reiz zurückzuführen.

Es ist dies derselbe Fehler, den die Psychiater begehen, wenn sie bestimmte klinische Symptome, wie einzelne Gruppen von Wahnideen, von Halluzinationen u. a. für bestimmte Gruppen von Krankheiten als charakteristisch ansehen. So erschien der Grössenwahn für Paralyse, Verfolgungsideen für Paranoia, Gehörshalluzinationen für Dementia praecox zu sprechen. Es soll nicht bestritten werden, dass dies bis zu einem gewissen Grade auch der Fall ist. Aber man darf nicht übersehen, dass die masslosesten Grössenideen bei Paranoikern, stark angstbetonte Verfolgungsideen bei Paralytikern, Gehörshalluzinationen bei psychogenen Zuständen ebenso häufig sind. Es ist noch immer zu wenig betont worden, dass dasselbe Symptom durch sehr verschiedene Reize zu Stande kommen kann und umgekehrt, derselbe Reiz sehr verschiedene Symptome hervorzurufen vermag. Die Wirksamkeit des Reizes ist in weitem Umfang von der Konstellation abhängig und es gibt keinen Vorstellungsinhalt, der für einen bestimmten Reiz spezifisch wäre.

Diese Tatsache ist auch bei den Traumdeutungen nicht beobachtet worden. So sieht Ellis z. B. die Ursache für einen Mordtraum in dem Genuss von Fasanenbraten! „Träume von Mord, bevorstehendem Tod oder ähnlichen tragischen Situationen, scheinen gewöhnlich ihren Ursprung in Verdauungsstörungen zu haben. Es kann kein Zweifel bestehen, dass der Magen einen ungeheueren Einfluss in dieser Hinsicht

(nämlich auf Gemütsbewegungen) ausübt“. Es ist eine volkstümliche Anschauung, die dem Magen besondere Wichtigkeit für die Träume beimisst, die anderen Organe Herz, Lunge, Leber, Niere, Darm usw. aber gar nicht berücksichtigt.

Körperliche Störungen können die Schlaftiefe vermindern und dadurch das Zustandekommen von Träumen begünstigen, sie haben aber keinen Einfluss auf den Inhalt der Träume, dieser ist vielmehr von der Konstellation des Individuums abhängig. Ebenso wenig können wir demgemäss den Veränderungen der Atmung und der Herztätigkeit im Schlaf, auf die Ellis die Flug- und Fallträume zurückführt, diese Bedeutung zuschreiben.

Kinder träumen andere Träume als Erwachsene, Frauen andere als Männer, Bauern andere als Kaufleute usw. Was häufig oder intensiv das Individuum beschäftigt hat und daher am meisten Beziehungen zu den verschiedensten Assoziationsreihen besitzt, wird leichter und häufiger reproduziert werden, als flüchtige und oberflächliche Erlebnisse. Je mehr Vorstellungsmaterial vorhanden ist, desto wechselnder, je weniger desto einförmiger muss sich der Inhalt der Träume gestalten. Daher haben Kinder meistens einfache „Wunschträume“, sie träumen die Erfüllung ihrer Wünsche.

Was die Assoziationen miteinander verknüpft, ist infolge der Hemmung nicht Logik oder Zielvorstellung, sondern oberflächliche Ähnlichkeit, Gleichklang, Uebereinstimmung in Einzelheiten wie Farbe, Geruch, Bewegung, Affekt. Es ist die Ideenflucht des Schwachsinn, der wir im Traum unterliegen.

Die Beispiele, die Ellis selbst anführt, um Zusammenhänge zwischen Reiz und Trauminhalt nachzuweisen, zeigen sehr deutlich, dass dieser Zusammenhang nur ein lockerer ist. So führt er als Folgen des Geräusches, das stürmisches Wetter verursacht, an: 1. eine Dame träumt, dass ihr kleiner Hund eine steile Klippe hinunter gefallen ist und sie sein Winseln hört. 2. Zwei Freunde träumen gleichzeitig (!), sie wanderten nachts zwischen hohen Klippen. 3. E. selbst träumte in einer stürmischen Nacht, er höre einen Teil von Gluck's Alceste. 4. E. träumte, einem Schauspiel von etwas zweifelhaftem erotischen Charakter beizuwohnen. 5. Traum von einem furchtbaren Zyklon, bei dem Blitze eine Rolle spielen, Fragmente von Häusern, allerhand Trümmer, eine Frau durch die Luft segelte. 6. E. irrte mit einem befreundeten Arzte durch Gänge, Treppen, über Plattformen.

Ellis begnügt sich damit, darauf hinzuweisen, dass alle diese Träume durch den akustischen Reiz des Sturmes hervorgerufen seien. In einem früheren Kapitel behauptet er im Gegensatz dazu, „dass die

Quelle des Träumens stets zentral, rein psychisch“ sein müsse. „Der Sonnenstrahl, der auf den Träumenden fällt . . . kann seinen Traum ebenso wenig erklären wie der Klingelzug des Briefträgers den Inhalt der Briefe, die er bringt, erklärt“. Die Traumwelt ist ihm doch eine Welt für sich, „ein dämmriges Schattenhaus, in das kein Strahl aus der äusseren Welt des wachen Lebens fällt“.

Die Frage ist offenbar, wie wirken äussere primäre Reize auf den Inhalt der Träume und es entspricht der Unsicherheit der Anschauungen hierüber, dass Ellis einmal jeden Einfluss leugnet, ein anderes Mal die verschiedensten Träume auf denselben Reiz bezieht.

Man hat auch experimentell die Frage zu lösen versucht. Ellis berichtet über einen Versuch des amerikanischen Professors W.S. Monroe: „20 Studentinnen bekamen in 10 aufeinander folgenden Nächten eine zerdrückte Gewürznelke abends auf die Zunge gelegt. Von 254 Träumen, die unter diesen Umständen auftraten, waren 17 Geschmacks- und 8 Gesichtsträume, 3 von diesen Träumen bezogen sich auch auf Gewürznelken. Das Gewürz beeinflusste auch Träume anderer Kategorien; so träumte eine Studentin infolge des brennenden Geschmacks auf der Zunge, dass das Haus brennt“.

Diese ungenauen Angaben lassen unseres Erachtens wenig Schlüsse zu. Wieviel Studentinnen hatten die Geschmacks- bzw. Geruchsträume? Waren diese besonders nervös, hypernoisch, so dass das Experiment mehr Erwartung und damit stärkere Erregung bei ihnen hervorrief als bei den anderen? Was träumten die anderen? Vielleicht wären hier doch noch Beziehungen nachweisbar gewesen. Wie viele träumten gar nicht? u. a.

Der angenommene Zusammenhang „brennender Geschmack, brennendes Haus“ erscheint sehr zweifelhaft, denn das brennende Haus entspricht wohl weniger einer Geschmack- als einer Lichtempfindung. Hier ist die Assoziation, wie sie im Wachen sein könnte, einfach dem Traum untergeschoben.

Aus dem Mitgeteilten geht nur hervor, dass die direkte Beeinflussung der Träume durch primäre Reize sehr gering ist und dass verschiedene Individuen auf denselben Reiz sehr verschieden reagieren. Für Ellis ist das gleichzeitige Auftreten desselben Traumes bei zwei Freunden der Beweis, dass in diesem Fall der Sturm als Ursache anzusehen ist, während wir darin nicht mehr als einen Zufall erblicken können, abgesehen davon, dass sich bei genauerer Analyse jedenfalls grosse Verschiedenheiten der Sturmträume herausstellen würden.

Er beachtet zweierlei nicht, nämlich erstens, dass die Hemmung auf die psychische Kraft je nach ihrem Grade und ihrer Art verschieden

wirkt und die Erregung infolge dessen verschiedene Richtungen einschlagen und zu verschiedenen Träumen führen muss. Zweitens wird derselbe Reiz auch bei Voraussetzung gleichstarker und gleichartiger Hemmung (die nicht nachweisbar ist, die Spontaneität kann z. B. stärker gehemmt sein als Empfindung und Gefühl usw.) bei verschiedenen Individuen oder auch bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten zu inhaltlich verschiedenen Träumen führen. Denn es kann nicht zwei Individuen geben, die in ihrer Konstellation so völlig übereinstimmen, und auch die Veränderungen der Konstellation des Einzelnen im Laufe der Zeit sind so weitgehend, dass derselbe präsentative Reiz nicht zweimal auf genau die gleiche Konstellation des Bewusstseinszustandes treffen kann.

Ellis zieht eben weder den Bewusstseinszustand in Betracht, auf den der Reiz trifft, noch berücksichtigt er die reflektorische Assoziation primärer und sekundärer Elemente. Bedenken wir ferner, wie ungenau die Erinnerung an Träume stets sein muss, so können wir variierend sagen: „Wenn zwei dasselbe träumen, ist es nicht dasselbe“ und jeder wird aus eigener Erfahrung hinzufügen: „wenn einer zweimal dasselbe träumt, ist es auch nicht dasselbe“.

Der äussere Reiz, der den Schläfer trifft, z. B. ein Sonnenstrahl, wird zunächst eine Empfindung auslösen, an diese schliesst sich die Vorstellung, wie Feuersbrunst — Sonnenaufgang — nun tritt ein affektives Element Angst — Freude hinzu und verbindet sich mit weiteren Vorstellungsreihen. Der Reiz bewirkt eine Erregung, die in verschiedener Weise ausstrahlt. Er erscheint im Traume oft verstärkt, einmal infolge der illusionären Vergrösserung oder auch, weil er im Verhältnis zu den sonst vorhandenen psychischen Akten eine starke und besonders deutliche Reaktion hervorruft, weil ihm also gewissermassen die Konkurrenz fehlt. Er führt aber sofort zum Erwachen, wenn die Erregung wirklich einen gewissen Grad erreicht.

Zusammenhänge zwischen präsentativen Reizen und Vorstellungen können also vorkommen, aber die Einzelglieder in der Kette der Assoziationen, die den Traum zusammensetzen, können wir trotzdem in ihren kausalen Zusammenhängen nur selten erfassen.

Das können wir aber auch bei den Reizen, die das psychische Geschehen des wachen Zustandes beeinflussen, nicht. Wir müssten dazu nicht nur genau alle Eindrücke kennen, die das Individuum überhaupt erlebt hat, sondern auch alle Gedanken, die es je gedacht hat. Ferner müssten wir im Stande sein, auch die Intensität jedes früheren Aktes in Rechnung zu setzen. Erst dann würden wir die vorliegende Konstellation kennen.

Eine so eingehende Kenntnis kann niemand von seinem eigenen Geistesleben erwerben, viel weniger von dem eines anderen. Wie viel hier Vererbung bedeutet, was auf Gewohnheit, Erziehung, Uebung zurückzuführen ist, was also reflektorisch geschieht und was unter Leitung des Willens, das können wir oftmals in unserem eigenen Fühlen und Denken nicht auseinanderhalten, viel weniger bei den wenigen uns erkennbaren psychischen Reaktionen eines anderen Individuums oder gar bei einem Hemmungszustand wie dem Traum entscheiden.

Es ist also zuviel verlangt, wenn wir den Inhalt der Träume bis ins Einzelne erklären zu müssen glauben, indem wir die assoziativen Zusammenhänge zwischen Reiz und Vorstellungen sämtlich klarzulegen versuchen. Das Streben danach ist aber nicht nur aussichtslos, es schliesst auch die grosse Gefahr der Selbsttäuschung in sich. Was möglich ist, wird leicht für wahrscheinlich, das Wahrscheinliche für gewiss gehalten, wenn es sich dem einfügt, was man gern beweisen möchte. Die meisten, wenn nicht alle Psychoanalysen der Freudianer, sind hiernach zu bewerten. Jeder kritisch Urteilende wird bei ihrer Lektüre zu dem Schlusse kommen, es kann wohl so sein, es kann aber auch sich ganz anders verhalten (abgesehen von den häufigen Fällen, in denen mit Hilfe der „Symbolik“ das unsinnigste Zeug als wissenschaftliche Tatsache vorgebracht wird). Die Suggestion der Versuchsperson bzw. des Patienten oder die Autosuggestion der Forscher liegt oft klar zu Tage und macht den Erfolg der analytischen Methode sowie die fanatische Begeisterung für sie verständlich. Auch der heilige Rock von Trier heilt und begeistert manchen, der die geeignete Konstellation mitbringt.

Vom Standpunkt der energetischen Theorie müssen wir uns damit begnügen, die Schwierigkeiten zu erkennen, die einer so genauen Verfolgung der Assoziation im Wachen und im Traume im Wege stehen, und müssen sie praktisch für unüberwindlich erklären. Die eingehendste Analyse kann nur einen kleinen Ausschnitt des gesamten Bewusstseinszustandes aufzeigen und nur einzelne engbegrenzte Aufgaben experimentell mit Erfolg in Angriff nehmen. An die Stelle von unbewiesenen und unbeweisbaren Behauptungen setzen wir ein bescheidenes aber begründetes Ignoramus.

Es könnte manchem erscheinen, dass mit diesem Verzicht der interessanteste und wichtigste Teil der Psychologie, nämlich die Uebertragung ihrer Ergebnisse auf den Einzelfall und das Individuum völlig fortfällt. Man kann die Art, wie gewisse Freudianer Seelenstudien treiben, unkritisch oder unsympathisch finden, ohne dass man sich mit der Feststellung von Form und Stärke der psychischen Akte ohne Rücksicht auf ihren Inhalt begnügen will.

Dies geschieht nun keineswegs von Jodl oder der auf seiner Lehre aufgebauten, energetischen Theorie. Aber im Gegensatz zu allen anderen Psychologen weist Jodl durch seine Einteilung des Psychischen in verschiedene Stufen der Form aller psychischen Akte den Platz an, der ihr gebührt. Er erklärt das Psychische, indem er es den letzten, nicht weiter erklärbaren Prinzipien, der Energie und Entwicklung, unterordnet. So ist seine Psychologie einfacher als die anderer Autoren, aber einfacher nur in Bezug auf den Rahmen, der das aufs feinste ausgearbeitete Bild umgibt. Dieser hindert nicht, sich in Einzelheiten zu versenken, er verhindert aber die unwissenschaftlichen Spekulationen, die sich gerade in der Psychologie und nicht zum wenigsten auf dem Gebiete der Träume breit machen.

Die Beachtung der Umgestaltung bzw. der Erweiterung, die der Begriff der Assoziation durch die Annahme primärer und supprimärer Elemente erfährt, lässt schon manches verständlicher erscheinen, wofür man bisher nur neue Worte, aber keine klaren Begriffe geschaffen hat.

Aus der Erkenntnis des stufenweisen Aufbaues des psychischen Geschehens zieht die energetische Theorie den unabweisbaren Schluss, dass nur die höheren psychischen Akte dem Verstehen zugänglich sind, das Wirken der psychischen Kraft auf ihrer niederen Entwicklungsstufe dagegen unbegreiflich ist und bleiben wird. Auf der primären Stufe tritt an die Stelle des Verstehens die Einfühlung, auf der supprimären die Feststellung von Hemmung und Erregung. Indem wir so die verschiedenen Entwicklungsstufen der Einzelglieder beachten, aus denen sich eine Kette von Assoziationen zusammensetzt, werden wir ohne Zweifel der Wahrheit näher kommen und die handgreiflichen Fehler anderer psychologischer Systeme vermeiden.

Zu der Annahme, dass die Träume aus den primären Reizen erklärbar seien, verführte vor allem der Umstand, dass im Anschluss an aufregende Erlebnisse nicht selten Träume auftreten, die ihrem Inhalte oder ihrem Affekt nach einen gewissen Zusammenhang mit diesen erkennen lassen. Nicht beachtet oder nicht erkannt wurde aber, dass es sich hierbei stets um hypernoische Konstitutionen handelt, bei denen hysterische oder psychogene Träume vorkommen können. Ueber diese mögen noch einige Bemerkungen folgen.

Die Annahme, dass Vorstellungen aus dem Wachzustand im Schlafe nachwirken und Träume hervorrufen können, wurde von uns bereits gemacht, als wir die Hauptgruppe der hysterischen Träume den katonischen gegenüberstellten. Es braucht aber nicht eine Vorstellung sich kontinuierlich in den Traum fortzusetzen, sondern sie kann durch eine primäre Qualität hervorgerufen sein und nun infolge ihrer Affi-

nität zu anderen Vorstellungen oder zum Affekt, also infolge ihrer Valenz wie man sagen könnte, im Traum die Vorherrschaft erlangen. Wir werden z. B. im Traum etwas gefragt und können die Antwort nicht finden. Das unangenehme Gefühl erinnert uns an eine Situation im Examen, es taucht vielleicht das Bild des prüfenden Lehrers auf, wir hören wieder eine Frage und nun befällt uns dieselbe Angst wie damals. Solch Traum ist katatonischen Ursprungs, aber der Bewusstseinszustand ist relativ hysterisch, wenn wir annehmen, dass die Vorstellungen einigermaßen zusammenhängend sind.

Das Beispiel eines hysterischen Traumes wäre dagegen folgendes: Wir waren im Theater und haben uns über die Handlung des Stückes aufgeregt, so dass uns einzelne Szenen beim Einschlafen wieder einfallen. Plötzlich sehen wir in den Personen des Stückes gute Bekannte, uns selbst in einer der Rollen, wir reden in der Sprache des Dichters, erleiden das Schicksal des Helden und erwachen. Hier kann der Inhalt des Traumes auf fernliegende Gebiete übergreifen, der Zusammenhang braucht nicht gewahrt zu sein und trotzdem ist der Traum psychogen. Die Vorstellung des Stückes hat den Anstoss zu der Reihe von Assoziationen gegeben, die durch primäre Akte wie durch Ideenflucht beeinflusst zu den verschiedensten Träumen führen kann. Solchen Beeinflussungen unterliegen bekanntlich vor allem nervöse d. h. hypernoische Konstitutionen.

Der assoziative Zusammenhang zwischen Reiz und Traum ist hier leicht festzustellen, während dies oft nicht der Fall ist, wenn es sich um primäre oder supprimäre Reize handelt. Die den Traum hervorrufoende Erinnerung braucht natürlich nicht direkt vor dem Einschlafen erworben zu sein, sondern kann auch weiter zurückliegende Ereignisse betreffen.

Je ausgesprochener hypernoisch eine Konstitution ist, desto stärker können Erinnerungen aus dem wachen Zustand in dem Hemmungszustand weiter wirken. So finden wir besonders bei Hypernoischen die Fähigkeit, zu der Minute aufwachen zu können, zu der sie es sich vornehmen. Die Autosuggestion wird häufig durch die Angst unterstützt, etwas Wichtiges zu versäumen oder Unannehmlichkeiten im Falle des Verschlafens zu haben. Der Schlaf ist dann weniger tief, oft treten Träume auf, die sich um die Folgen des Verschlafens drehen und die Angst davor unterhalten. Wenn es sich dagegen um eine belanglose Sache handelt, kann der Schlaf bis zur bestimmten Zeit fest und traumlos sein.

Der Mechanismus ist hierbei derselbe wie bei den posthypnotischen Aufträgen. Der Wachzustand verhält sich ja zur Hypnose ebenso wie

der Schlaf zum Wachzustand, d. h. die psychische Kraft ist in der Hypnose stärker als im Wachen, im Wachen stärker als im Schlaf. Der Auftrag, der in der Hypnose gegeben wurde, ist nachher nur scheinbar vergessen. Das geistige Leben spielt sich ohne Störung ab, bis der Augenblick kommt, für den der Auftrag gegeben wurde. Ebenso wirkt die Autosuggestion des Erwachenmüssens während des Schlafes nach und löst erst im gegebenen Moment die Erregung aus, die das Erwachen herbeiführt.

Derartige Auslösungen durch einen bestimmten Zeitpunkt sind nichts Erstaunliches, sondern kommen im täglichen Leben sehr häufig vor. Wenn man für den nächsten Tag z. B. eine Verabredung trifft oder an einem bestimmten Tag einen Termin wahrzunehmen hat, so kann die Zwischenzeit auf die gewohnte Weise ausgefüllt werden, ohne dass man ständig an die Verabredung oder den Termin denkt. Erst die bestimmte Stunde weckt die Erinnerung daran. Anders ist es nur, wenn man die Stunde sehnsüchtig oder angstvoll erwartet, die Vorstellung also stark affektbetont ist. Man denke an die Unruhe nervöser Menschen vor dem Examen, vor einer Rede oder vor sonst einem sie aufregenden Ereignisse. Bei nervösen Kindern genügt die Erwartung eines Theaterbesuches, einer Reise, des Weihnachtsfestes, um das seelische Gleichgewicht zu erschüttern.

Es zeigt sich hier, dass die Abschätzung der während des Schlafes verflossenen Zeit bei Hypnoischen und weniger tiefem Schlaf recht genau sein kann, wobei allerdings auch Uebung oft eine Rolle spielt. Bei starker Erschöpfung und entsprechend tiefem Schlaf gelingt das rechtzeitige Erwachen auch dem Hypnoiker nicht. Bei dem alltäglichen zur selben Stunde erfolgenden Aufwachen spielen noch andere Momente der Gewöhnung, vor allem auch physischer Natur eine Rolle, so dass dies auch Hypnoikern oft gelingt.

Auf Hypnoiker ist ferner eine andere, oft diskutierte Erscheinung beschränkt. Die Träume malen ihnen bisweilen die Zukunft bis ins Einzelne aus, allerdings mehr ein erhofftes oder befürchtetes als ein zutreffendes Bild der Wirklichkeit im Voraus entwerfend. In manchen Fällen kommen aber doch Aehnlichkeiten in Situationen oder Worten vor, die bei der summarischen Erinnerung an den Traum zur Ursache für das Gefühl des déjà vu werden. Man glaubt, dasselbe Ereignis, dieselbe Situation schon einmal erlebt zu haben, ohne sich zu erinnern, dass es nur ein Traum gewesen war.

Ellis konstatiert, dass mehrere Autoren (Laland, Heymans, Dugas) diese Erscheinung viel häufiger bei gebildeten Leuten als bei ungebildeten feststellen konnten. Das trifft mit unserer Behauptung zu-

sammen, dass die Gebildeten öfter und detaillierter träumen. Sie sind vielfach Hypernoiker, ihre Träume enthalten in jedem Falle, ob sie von der primären oder sekundären Stufe ausgehen, zahlreiche sekundäre Elemente, ebenso wie die katatonischen Psychosen der Hypernoiker.

Aus denselben Gründen, die die Unterscheidung einer katatonischen Melancholie von einer hysterischen im Anfang erschweren, ist die Entscheidung schwer oder unmöglich, welche Art von Traum im Einzelfall vorliegt. Wenn auch die Vorstellungen in den Träumen einer hypernoischen Konstitution eine gewisse Intensität entfalten und relativ stark sein können, so ist doch ihre Macht durch die den Schlaf bedingende Hemmung sehr erheblich beschränkt. Es gibt daher keinen Traum, der sich dem Bilde der hysterischen Melancholie vergleichen liesse, deren Erleben im Traume sonst seinen hysterischen Ursprung dokumentieren würde.

Daher ist auch das Auftreten von Angst in keiner Weise als ein Zeichen der hysterischen Entstehung eines Traumes zu verwerten, was man nach ihrem häufigen Auftreten bei der hysterischen Melancholie vielleicht erwarten könnte. Der Grund hierfür sei kurz auseinander gesetzt.

Mit grösster Wahrscheinlichkeit können wir eine hysterische Melancholie dann annehmen, wenn ein hypernoisches Individuum im Anschluss an eine schwere seelische Erschütterung eine Psychose mit depressiver Erregung bekommt. Der Affekt ist zunächst nicht immer als Angst zu bezeichnen. Oft ist es genauer Reue über frühere Handlungen, Sorge vor der Zukunft, Gram über die Vernichtung des Lebensglückes, Insuffizienzgefühl gegenüber den Aufgaben des täglichen Lebens, die mitunter zu den heftigen Angstanfällen führen, in denen die Gefahr des Selbstmordes auftritt. Angst ist der allgemeinere Begriff. Es gibt daher eine unbestimmte und nicht näher zu begründende Angst, während die oben angeführten Affekte eine bestimmte Ursache, ein Objekt haben, auf das sie sich beziehen. Ebenso verhält es sich mit Schreck, Entsetzen, Furcht, nur liegt in diesen Affekten noch das Plötzliche, Vorübergehende, im Gegensatz zu den erstgenannten, die anhaltender sind. Auch diese Unterschiede der Dauer verwischen sich in dem umfassenderen Begriff der Angst. Bei schwächeren Graden der Erregung bleibt sich das Individuum bewusst, worauf der Affekt zurückzuführen ist, und schildert die Gründe oft in beredter Weise. Wird aber der Affekt übermächtig, so treten alle Vorstellungen in den Hintergrund und wir haben es dann nicht mehr mit Reue, Sorge, Gram usw. zu tun, sondern mit unerträglicher, grenzenloser, sinnloser Angst, dem primären asthenischen Affekt.

Ein solcher Angstzustand bietet daher keine Kennzeichen seiner hysterischen Entstehung, er könnte ebenso gut primärer, katatonen Natur sein. Nur die Kenntnis der Konstitution und der Vorgeschichte, also der Konstellation und der Grad der Erregung kann die Diagnose ermöglichen.

Die hysterische unmotivierete Angst stellt also einen besonders hohen Grad von Erregung dar. Sie kann daher im Traum nicht vorkommen. Unbestimmte Angst muss vielmehr stets katatonen Ursprungs sein. Für das Auftreten auch der leichteren hysterischen Melancholiezustände sind aber die durch die Hemmung geschaffenen Bedingungen ebenfalls sehr ungünstig.

Kaum ein Geisteskranker ist schwerer einzuschläfern, als der Melancholische. Die angstvolle Erregung raubt wie keine andere den Schlaf und besonders wenn sie immer von neuem durch die Gedanken aufgepeitscht wird, wenn sie also hysterischer Natur ist. Zum Schafe ist eine gewisse Herabsetzung der psychischen Energie erforderlich und diese wird durch die Konzentrierung der Vorstellungen und der damit verbundenen affektiven Erregung verhindert. Auch andere Affekte, wie Freude, Hoffnung können ebenso wie körperlicher Schmerz oder sexuelle Erregung den Schlaf verscheuchen. Sie alle sind aber leichter zu bekämpfen als die Angst. Tritt nun in solchem Zustand Schlaf ein, so muss vorher die Angst nachgelassen haben. Sobald umgekehrt im Schlaf heftige Angst auftritt, wird die Erregung so gross, dass Erwachen die Folge ist.

Die im Schlaf bestehende Hemmung lässt eine Konzentrierung der Aufmerksamkeit, wie sie der Melancholie eigen ist, nicht zu. Es gelingt auch im lebhaftesten Träumen nicht, einen Gedanken dauernd festzuhalten oder ihn in logischer Weise zu verarbeiten. Die Melancholie ist aber gerade dadurch ausgezeichnet, dass die „fixe Idee“ immer weitere Kreise zieht und die ganze psychische Kraft absorbiert. Im Gegensatz dazu wird der Träumende immerzu abgelenkt, seine Vorstellungen reihen sich ja in unlogischer Weise, ideenflüchtig aneinander.

Ein affektvolles Erlebnis kann zwar die Traumvorstellungen stark beeinflussen, die Motivierung des Affektes kann aber im Traum eine völlig andere sein als im Wachen. Während wir bei der hysterischen Melancholie das auslösende Ereignis im Anfang der Erkrankung meist aus den Reden des Kranken erschliessen können, da alle Gedankenreihen auf denselben Mittelpunkt führen, kann der affektbetonte Traum einen völlig anderen Inhalt haben, als der ursprüngliche Affekt. Die Vorstellung, die den Affekt anfangs ausgelöst hat, kann durch andere ersetzt und selbst vergessen sein (Verschiebung). Was bei der Melan-

cholie durch Halluzinationen, also starke Erregung, bewirkt werden kann, wird im Traum durch die Hemmung hervorgerufen, die zu ideenflüchtiger Assoziation führt.

Es ist also die unmotivierte Angst im Traum nicht als Zeichen hysterischer, sondern katatoner Defekterregung anzusehen und nur die motivierten Affekte bei Hypnoikern stärkeren Grades sind für die Annahme eines hysterischen Traumes zu verwerten.

Neben der irrthümlichen Ansicht, dass der Inhalt der Träume von den Reizen abhängig sei, sind es wohl noch zwei Momente, die vor allem dazu geführt haben, ausser dem Defekt noch andere Ursachen für die Eigenart der Träume zu suchen. Das eine ist das Streben, einen genaueren Einblick in das intimste Seelenleben zu gewinnen, als es sonst möglich ist, das zweite hängt mit der Auffassung der Hypnose zusammen.

Man glaubt noch heute vielfach, dass sich im Traume der wahre Charakter des Menschen zeigt. Die im Wachen vorhandenen Hemmungen fehlen und nun treten die geheimsten Wünsche, die sonst unterdrückten Triebe und Leidenschaften ans Licht. Die Auffassung ist sogar sehr verbreitet und bei den Freudianern gerät zweifellos jeder in den Verdacht pro domo zu sprechen, der ihr entgegentritt. Nun, wir haben oben auseinandergesetzt, dass die Hemmung gerade die höchsten psychischen Akte, zu denen wir die ästhetischen, moralischen, sozialen — die komplexen — Gefühle rechnen, am stärksten schädigt und dass daher jeder, auch der beste Mensch gelegentlich Träume hat, in denen er entgegengesetzte Charaktereigenschaften zeigt. Wir würden uns doch auch nicht einfallen lassen, den Charakter eines Menschen nach Handlungen seiner ersten Kindheit oder nach dem klinischen Bilde zu beurteilen, das er während einer katatonischen Psychose zeigt. Und doch wäre das kein gröberer Fehler! Die Träume sind jedenfalls in dieser Beziehung nicht zu verwerten, auch nicht, wenn man sich eine besondere Symbolik nach Freud'schem oder sonstigem Muster dafür zu-rechtmacht.

Wesentlich dagegen scheint, dass sich aus ihnen die Abhängigkeit der Ethik von der psychischen Energie ergibt. „Moral begründen ist schwer“. Hier zeigt sich wenigstens, dass ihre hohe Bewertung insofern berechtigt ist, als sie höchste Kraftleistungen erfordert. Das Bewusstsein, dass jede sittlich wertvolle Handlung den geistigen oder künstlerischen Taten ebenbürtig an die Seite zu stellen ist, dürfte jedenfalls tief in der Volksseele wurzeln. Es ist die Kraft, die psychische Energie, die man in jeder Leistung, auf welchem Gebiet es auch sei, schätzt und achtet.

Schlaf und Hypnose werden noch heute vielfach als sehr ähnliche Bewusstseinszustände angesehen. In der energetischen Theorie ist auseinandergesetzt, dass die Hypnose mit Schlaf nichts zu tun hat, sondern einen auf Vorstellungen beruhenden, nur durch das Vorhandensein bestimmter Vorstellungen möglichen, Erregungszustand darstellt. Es gibt in der Tat keine Schlaf erregende Vorstellung. Wenn wirklicher, nicht hypnotischer Schlaf hervorgerufen werden soll, so entfernt man alles, was die geistige Tätigkeit anregt oder als supprimärer oder primärer Reiz wirken könnte. Die Versuchsperson soll nichts denken, sich nicht bewegen, nichts sehen oder hören. Wenn es nicht gelingt, die Reize auszuschalten z. B. bei heftigem Zahnweh, bei grosser Angst oder Widerstreben, wird die Schlafsuggestion erfolglos sein. Bei fehlenden Reizen sinkt die psychische Kraft und es kann schliesslich zu richtigem Schlafen kommen.

Der hypnotische Zustand zeigt sich als das Gegenteil des normalen Schlafes u. a. durch den sogenannten Rapport zwischen Hypnotiseur und Versuchsperson. Die Konzentrierung der psychischen Energie der letzteren auf bestimmte Vorstellungen oder gegebene Reize bewirkt, dass schon sehr kleine, den Zuschauern nicht bemerkbare, auch unwillkürliche Einwirkungen des Hypnotiseurs das Medium beeinflussen. Die Vorstellungen des Hypnotisierten sind „das Instrument, auf dem der Hypnotiseur spielt“. Es gelingt daher die Hypnose ausschliesslich bei hypernoischen Konstitutionen. Sie ist ein Erregungszustand und beruht ebenso wie die hysterischen Erregungszustände auf Vorstellungen.

Grade an der Auffassung der Hypnose zeigt sich, dass die Berücksichtigung der Intensitätskomponente und die Annahme psychischer Akte verschiedener Entwicklungsstufe richtig und notwendig ist. Dann braucht man auch zur Erklärung dieses vielumstrittenen Phänomens keine „Spaltung der Persönlichkeit“ oder ähnliche nichtssagende Bilder zu Hilfe zu nehmen.

Unsere Anschauung über das Träumen lässt sich folgendermassen zusammenfassen:

Der normale Mensch ist als Hypernoiker zum Träumen disponiert. Nur wenn der Schlaf eine gewisse Tiefe oder, was dasselbe sagt, die Hemmung der psychischen Kraft einen gewissen Grad erreicht, ist der Schlaf traumlos.

Alle Momente, die die Schlaftiefe verringern, sind geeignet, das Auftreten von Träumen zu begünstigen. Solche Momente sind:

1. Supprimäre Reize wie Störungen der Herztätigkeit, der Atmung, der Verdauung u. a., die körperliches Unbehagen (oder Behagen) verursachen;

2. Primäre Reize, die entweder auf den supprimären beruhen, wie Atemnot, Uebelkeit, Schmerz, sexuelle Erregung oder das Individuum von aussen treffen, wie akustische Reize, Hautreize, Licht usw.;
3. Sekundäre Reize, wie affektbetonte Vorstellungen oder intensive geistige Tätigkeit.

Die letztgenannten führen zu hysterischen oder psychogenen, die ersten beiden Gruppen zu primären oder katatonischen Träumen.

Die Unterscheidung von hysterischen und katatonischen Träumen betrifft nur ihre Entstehung, nicht ihren Inhalt.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Traum von der sekundären Stufe ausgegangen, also hysterisch ist, liegt dann vor, wenn 1. ein hysterischer Erregungszustand vor dem Schlaf bestanden hat, dagegen primäre Erregungen wie Alkoholgenuss, körperliches Unbehagen, Fieber und dergleichen auszuschliessen sind, 2. eine hypernoische Konstitution vorhanden ist, 3. der Traum lebhaft, detailliert und einigermaßen zusammenhängend war.

Das erste Merkmal ist das wichtigste, das zweite ist für das Zustandekommen eines hysterischen Traumes Bedingung, wird aber meist als vorliegend anzunehmen sein, wenn es sich um normale Menschen handelt, das dritte ist bei Hypernoikern höheren Grades auch häufig vorhanden, wenn der Traum von der primären Stufe ausgegangen ist; es ist also nur bei Hypernoikern geringeren Grades zu verwerten, bei Menschen, die selten lebhaft träumen.

Sicher sekundären Ursprungs sind nur die Träume, in denen affektbetonte Erlebnisse mit so geringen Veränderungen reproduziert werden, dass der logische Zusammenhang erkennbar ist, doch darf man hier die Grenzen nicht zu weit ziehen. Man kann also leichter einen katatonischen Traum und nur selten einen hysterischen Traum diagnostizieren und wird in einer Anzahl von Fällen nicht über eine gewisse Wahrscheinlichkeit hinaus kommen.

Der Inhalt der Träume ist nicht von den sie auslösenden Reizen, sondern von der Konstellation abhängig.

Die Ursache ihrer Eigenart ist die Hemmung der psychischen Kraft, infolge deren das psychische Geschehen im wesentlichen reflektorisch verläuft und die höheren psychischen Leistungen unmöglich gemacht sind.

Den Träumen kommt keine grössere Bedeutung zu als den Wahnvorstellungen oder den Aeusserungen von Geisteskranken. Sie sind kein Spiegelbild, sondern ein Zerrbild des Lebens.

3. Die relativen Erregungszustände.

Gleichzeitige Wirksamkeit positiver und negativer Reize. Die Konstellation bei Hypnoikern. Das Schlafwandeln. Physiologische Dämmerzustände. Die Erschöpfung. Die relative Erregung als Grundlage der traumatischen Neurose. Entstehung der traumatischen Symptome. Die Kriegsneurose.

Bei der Betrachtung der Hysterie und Neurasthenie haben wir nachzuweisen versucht, dass die Symptome dieser Krankheitsbilder stets Erregungssymptome sind, während die Untersuchung der Träume zeigen sollte, dass das Wesentliche, die Ursache ihrer Eigenart, in der Hemmung zu erblicken ist, der das psychische Kraftzentrum während des Schlafes unterliegt.

Die Begriffe der Erregung und Hemmung habe ich früher bereits in ausführlicher Weise erörtert und auch in diesen Aufsätzen ist zum Ausdruck gebracht, dass es sich um Einflüsse handelt, welche die Reaktionsfähigkeit des Kraftzentrums in positivem oder negativem Sinne verändern, dass aber Erregung auch durch früher wirksam gewesene reproduzierte Reize, durch Vorstellungen hervorgerufen werden kann.

Die bisherige Darstellung musste in gewissem Grade einseitig sein, um zunächst das Wesentliche von dem Unwesentlichen scharf zu trennen. Es machte sich jedoch bereits an mehreren Punkten fühlbar, dass die psychologische Analyse den klinischen Bildern nicht völlig gerecht wurde, dass noch ein Rest der Neurasthenie z. B. nicht als Erregung, das Schlafwandeln nicht als Hemmung allein aufgefasst werden kann.

Haben wir erst nachzuweisen gesucht, dass Hemmung und Erregung überhaupt zusammen vorkommen können, so erübrigt nun noch klarzulegen, dass sie nicht selten vereint sind und dass es sich bei jeder Analyse eines Bewusstseinszustandes darum handelt, den Einfluss der einen gegen den der entgegengesetzt wirkenden Momente, das Verhältnis der positiven zu den negativen Reizen, abzuwägen.

Die Reaktionsfähigkeit eines psychischen Kraftzentrums ist durch seine Konstitution nur in groben Umrissen festgelegt, innerhalb deren aber Schwankungen unterworfen, die auf sehr verschiedene Ursachen zurückzuführen sind. Derselbe Mensch reagiert auf denselben Reiz in verschiedener Weise, wenn er körperlich gesund oder krank, frisch oder ermüdet, jung oder alt, nüchtern oder angetrunken ist, wenn sein Interesse von anderen Dingen bereits in Anspruch genommen ist oder er grade nach Betätigung verlangt.

Diese gewissermassen zufälligen Umstände sind der Konstellation zuzurechnen und können eine einzelne Reaktion sehr wesentlich beeinflussen, sie unterscheiden sich aber von den konstitutionell bedingten

Einflüssen, denen die Reaktion unterworfen ist, dadurch, dass sie erworben oder vorübergehend, jene dagegen angeboren und dauernd wirksam sind.

Die Reaktion hängt nun bei hypernoischen und hysterischen Konstitutionen in stärkerem Masse als bei Hyponoia und Imbezillität von der Konstellation ab. Die sekundäre Funktion ist nicht nur gegen alle Arten supprimärer und primärer Reize empfindlicher und beantwortet sie mit stärkeren Schwankungen als die primäre, sondern es werden auch die gerade vorhandenen Vorstellungen einen Reiz unwirksam machen oder ihn verstärken können. Diese Wirkung der Vorstellungen ist naturgemäss weniger bedeutend in den Konstitutionen mit überwiegendem P und daher sind die Möglichkeiten verschiedener Konstellation zahlenmässig hier viel geringer. Der Hyponoiker ist im wesentlichen nur von äusseren und supprimären Umständen abhängig, auf den Hypernoiker wirken ausser diesen noch die ihn beschäftigenden Gedanken, seine Vorstellungen.

Hier werden daher die gleichzeitig auftretenden erregenden und hemmenden Reize zu komplizierteren Zuständen führen, denen wir noch einige Bemerkungen widmen wollen.

Wir fassen sie als „relative Erregungszustände“ zusammen und unterscheiden sie damit von den Defekterregungen. Sie stellen geringere Grade als diese dar, sowohl was die Erregung wie auch die Hemmung betrifft und stehen also dem normalen Zustande näher als diese.

Die Ermüdung bei geistiger Arbeit, bei anhaltendem Kunstgenuß, bei affektiver Erregung u. a. führt zu den leichtesten Formen dieser Zustände, in denen sich die Wirksamkeit der negativen und positiven Reize kombinieren. Hierher rechnen wir ferner gewisse Formen der traumatischen Neurose und der Neurasthenie, sowie das Schlafwandeln der Hysteriker. Die Dämmerzustände auf epileptischer Basis sind als Defekterregungen zu bezeichnen, weil sie äusseren Einflüssen nicht zugänglich sind und sich dadurch als Hemmungszustände stärkeren Grades erweisen. Ebenso wenig gehören die hysterischen Dämmerzustände hierher, da in ihnen die Erregung zu stark ist.

Eine „relative Hemmung“ in entsprechender Weise anzunehmen, liegt kein Grund vor. Die relative Erregung lässt sich umschreiben als eine im Verhältnis zur Hemmung der primären erregte sekundäre Funktion. Die relative Hemmung wäre eine im Verhältnis zur Erregung der sekundären gehemmte primäre Funktion, was auf dasselbe herauskommt, oder eine im Verhältnis zur erregten primären gehemmte sekundäre Funktion, was nur eine imbezille oder Defektreaktion zur Folge haben kann.

Schlafwandeln kommt nur bei hysterischer Konstitution vor und stellt einen relativ hysterischen Dämmerzustand dar, dessen Hemmung

auf der schlafferzeugenden Ursache beruht, dessen Erregung katatonischen oder hysterischen Ursprungs sein kann, in jedem Falle aber die Spontanität der höheren Stufe in überwiegender Masse betrifft. Es entspricht also den Affektträumen der Hysteriker. Die Erinnerung ist eine summarische, meist beschränkt auf die Zielvorstellung, die das Wollen lenkt. Sie führt aber nur zu automatischem Handeln, das sich im Wachen als ebenso falsch motiviert, sinnlos, kritiklos erweist, wie die Affekte des Traumes. Die Vorstellungen der Gefahr, des Verbotenen, auch des Unmoralischen der Handlungsweise, die im Wachen sofort assoziiert werden, sind infolge der Hemmung nicht reproduzierbar. Das Missverhältnis von P:S ist so erheblich, dass die geringe Hemmung gerade noch genügt, den Schlaf zu ermöglichen, während die Erregung der sekundären Funktion sich bereits in reflektorisch ausgelöstem Handeln geltend machen kann. Dass dieses auch vom Standpunkte der Traumvorstellung unzweckmässig sein kann, ist natürlich, da es nur von der Konstellation, nicht von der Ueberlegung abhängt, was getan wird und die Vorstellungen, also Halluzinationen, das Bewusstsein beherrschen. Der Schlafwandelnde glaubt etwas tun zu sollen, bildet sich ein, eine bestimmte Handlung auszuführen, während er, ohne es zu bemerken, reflektorisch auf ein falsches Gleis gerät und sich so automatisch weiter von seinem Ziel entfernt.

Dämmerzustände, in denen das Empfinden überwiegt, können bei Ermüdeten z. B. in einem Vortrag oder Konzert auftreten. Sie enthalten besonders Gesichts- und Gehörshalluzinationen. Man erlebt plötzlich eine Veränderung der Situation, hört deutlich andere Worte, träumt lebhaft und wird durch eine Pause des Vortrags, eine Verstärkung der Musik oder auch ein Zeichen des Nachbarn geweckt. Der Zustand steht ebenso auf der Grenze zwischen Schlaf und Wachen wie das Schlafwandeln, bei beiden genügen geringfügige äussere Reize, um die geringe Hemmung der primären Funktion zu überwinden.

In ihnen ist die Erregung immer nur relativ gross, die Hemmung dagegen noch recht erheblich, was daraus zu schliessen ist, dass die höheren psychischen Akte ausgeschaltet sind und die Erinnerung grosse Lücken zeigt. Der Affekt dürfte selten oder nie die überwiegende Qualität sein, da hier die Grenze, die zu völligem Erwachen führt, sehr bald erreicht werden würde.

Stärkere Erregung und geringere Hemmung zeigen nun gewisse Zustände, die hauptsächlich dem Kreis der neurasthenischen Krankheitsbilder angehören, die aber in ähnlicher Weise auch in den Anfangsstadien der Katatonie und aller organischen Hirnkrankheiten entstehen können. Vorbedingung ist auch hier stets das Vorhandensein einer

hypernoischen Konstitution. Die hemmend wirkende Noxe ist sehr häufig die chronische Ermüdung, die Erschöpfung. Besonders anstrengende Märsche, unregelmässige Ernährung, nicht genügender Schlaf bei ständiger körperlicher Anstrengung und oft aufregenden gefährlichen Situationen oder geistiger Anstrengung stellen hohe Anforderungen an die psychische Energie und müssen selbst bei normaler Widerstandskraft schliesslich zu einer Unterbilanz führen. Die Zustände müssen psychologisch vollkommen denen gleichen, die chronisch verlaufende allgemeine organische Schädigungen des Gehirns hervorrufen. Während sich jene aber sukzessive verschlimmern, je weiter das Leiden fortschreitet, kann die Erschöpfung zwar zunächst zu völligem Zusammenbruch führen. Mit dem Augenblick aber hören die Anforderungen auf und die Restitution beginnt und kann bei Ruhe und Pflege zu völliger Wiederherstellung fortschreiten. Natürlich haben wir hier nur die psychologischen Verhältnisse im Auge und sehen von der grossen Zahl körperlicher Störungen ab, die das Bild klinisch anders gestalten können.

Das moderne Leben schafft auch in normalen Zeiten Verhältnisse, die eine Uebermüdung infolge Ueberanstrengung bei vielen Menschen zur Folge haben. Die Entfernungen in den Grossstädten, die harte körperliche Arbeit in Fabriken, Bergwerken, industriellen Betrieben, die schlechten Wohnungsverhältnisse, kurz der Kampf ums Dasein wirkt aufreibend und zermürend, wenn die Gelegenheit zur Erholung fehlt.

Dazu kommt vor allem, dass die Ansichten über das, was Erholung ist, noch recht verkehrte sind. Der Arbeiter glaubt, er müsse sich mindestens am Sonntag im Wirtshaus oder im Kino für die Mühe der Woche entschädigen. Der Kaufmann will sich vielleicht künstlerische Genüsse gönnen und opfert dem Theater oder Konzert seine Nachtruhe. Viele lockt der Tanzboden, die Freuden der Geselligkeit oder sexueller Betätigung. Die Wenigsten aber bedenken, dass diese Art der Erholung das Gegenteil von dem ist, was ihnen Not tut, dass hierbei ständig Kraft verbraucht wird, die Zeit der Ruhe, des Schlafes verkürzt und so die einzige Möglichkeit das Verbrauchte zu ersetzen, die Kräfte zu sammeln und die Leistungsfähigkeit zu erhalten, mehr und mehr ausgeschaltet wird. Man glaubt eben noch vielfach, Vergnügen und Erholung seien identisch, während das Vergnügen oft anstrengender als die Arbeit ist.

Auch der Irrtum ist verbreitet, dass man geistige Arbeit durch körperliche kompensieren könnte, und bis vor kurzem waren die Turnstunden in den Schulen als Erholung zwischen wissenschaftliche Stunden eingeschaltet. Neuerdings hat man wohl eingesehen, dass beim Turnen zwar eine andere Form psychischer Energie verbraucht wird als beim Lernen,

dass aber die Quelle für alle psychische Energie dieselbe ist, und das Kraftzentrum leichter erschöpft wird und Schaden erleidet, wenn es bereits durch geistige Arbeit ermüdet noch körperliche Leistungen vollbringen muss oder umgekehrt.

Dass die Zeit der Verdauung geistigen Höchstleistungen nicht günstig ist, weiss man seit langem: *Plenus venter non studet libenter*. Hier wird die supprimäre Funktion durch die Steigerung der Drüsentätigkeit von Magen und Darm, die Erhöhung des Blutdruckes, Erschwerung der Atmung usw. in höherem Masse in Anspruch genommen, so dass für die höheren Funktionen weniger psychische Energie als sonst verfügbar ist. Ebenso muss natürlich jede körperliche Arbeit durch ihre Wirkung auf den Organismus den höheren psychischen Funktionen Energie entziehen.

Der Wert der Abwechslung zwischen geistiger und körperlicher Betätigung liegt darin, dass weder Geist noch Körper zu kurz kommen sollen. Vielleicht ist aber dies Ziel doch nur in beschränktem Masse erreichbar, insofern Vernachlässigung und damit Verkümmern oder Erkrankung des einen von beiden vorgebeugt wird. Wird z. B. die Muskulatur stark ausgebildet, so verlangt sie dauernde Übung, ist es aber der Geist, so stellt er mindestens ebenso grosse Anforderungen. Die Kraft wird also zersplittert und das wird aus praktischen Gründen gewöhnlich unzweckmässig sein.

Je nachdem man Gefahr und Nutzen der Spezialisierung bewertet, entscheidet sich die Frage der sogenannten Kultur der linken Hand. Man kann den Rechtshändern wohl kaum eine recht erhebliche Kultur auch der linken Hand absprechen. Sie liegt gerade in der Differenzierung, die es für die rechte fast ebenso schwer macht, die linke zu ersetzen als umgekehrt. Die Kraft hier gleichmässig auf beide verteilen, nur um für einen etwaigen Unfall oder Schlaganfall besser gerüstet zu sein, schliesst die hohe Wahrscheinlichkeit in sich, dass die Kultur der Rechten leidet. Die angebliche Wirkung auf Bildung eines zweiten Sprachzentrums, während das linksseitige noch funktioniert, erscheint recht zweifelhaft. Wahrscheinlich würde auch in diesem Falle zwischen den beiden Zentren eine Arbeitsteilung Platz greifen, die die Gesamtleistung nicht erhöht, aber bei Schädigung des einen doch das Auftreten schwerer Ausfallsymptome nicht verhindert.

Die hygienische Forderung, dass man nach der Arbeit Körper und Geist Ruhe gönnen muss, können wir also von unserem Standpunkte gut verstehen. Wir wissen aber, dass ihr häufig nicht Genüge geschehen kann, dass vielmehr der Mensch von neuem an die Arbeit gehen muss, bevor völlige Erholung eingetreten ist. Einige Zeit lang wird er den gesteigerten Ansprüchen gerecht werden können, indem er sich ge-

wissermassen darauf einstellt. Er nimmt seine ganze Kraft zusammen und befindet sich nun in einem Zustande äusserster Anspannung. Er denkt jetzt schneller, begreift rascher, urteilt schärfer, handelt entschlossener als gewöhnlich. Entsprechend ist er empfindlicher gegen äussere Eindrücke, reizbarer in seinen Gefühlen, der Blutdruck ist gesteigert, die Herztätigkeit beschleunigt. Der Schlaf weniger tief. Er befindet sich in einem Erregungszustand.

Je stärker die Konstitution hypernoisch ist, desto früher muss das Missverhältnis von P : S so erheblich wachsen, dass die klinischen Symptome der Hysterie oder Neurasthenie auftreten. Wird das Tempo der Arbeit nicht verlangsamt, so muss Ermüdung die Folge sein. Neben die Erregung tritt die Hemmung mit all den Konsequenzen, die wir bereits besprochen haben, die kurz gesagt, Quantität und Qualität der Leistung schädigt. Es kommt noch nicht zu eigentlichen Defektreaktionen; bei wichtigen Anlässen gelingt es noch immer, die notwendige Leistungsfähigkeit aufzubringen. Es ist aber aus dem anfänglichen Erregungszustand bereits ein „relativer Erregungszustand“ geworden. Es fehlt die frühere Ausdauer, die unermüdliche Schaffensfreude, die Schlagfertigkeit, die jeder Situation gewachsen war. Es kommen Irrtümer vor, die auf Mangel an Aufmerksamkeit und Konzentration beruhen. Zerstreuung, Vergesslichkeit, Unsicherheit fallen auf, ein Versagen gegenüber neuen, ungewohnten Aufgaben. An die Stelle der schöpferischen Kraft ist die reflektorisch ausführbare Schablone getreten und damit die Nervenschwäche, die Neurasthenie im eigentlichen Sinne des Wortes, offenbar.

Wir sehen also wohl ein, dass der Begriff der Neurasthenie einer gewissen Begründung nicht entbehrt, halten aber daran fest, dass sie stets einen Erregungszustand einer hypernoischen Konstitution darstellt und dass eine Schwäche oder Hemmung nicht unbedingt zu ihr gehört, wenn sie auch häufig mit ihr verbunden ist.

Die „relativen Erregungszustände“ sind nun dadurch von besonderer praktischer Bedeutung, dass sie den günstigsten Boden für das Auftreten der „traumatischen Neurosen“ abgeben. Es ist vielleicht nicht zu viel gesagt, wenn man die Behauptung aufstellt, dass sie nur auf dieser psychologischen Grundlage zur Entwicklung kommen. Doch ist ihre Definition zu unscharf, das Krankheitsbild zu wechselnd, die Ansichten, was als traumatische Neurose aufzufassen oder anderen Formen der Neurose zuzurechnen ist, zu verschieden, als dass mit einer solchen Behauptung viel gewonnen wäre.

Aus unseren Ueberlegungen ergab sich ferner, dass die Unterscheidung der verschiedenen psychogenen Krankheitsbilder nur klinisch, nicht

psychologisch ist. Die Beschränkung auf eine der klinischen Formen, deren Berechtigung fraglich und nur empirisch nachzuweisen ist, dürfte daher nicht angebracht sein. Immerhin glauben wir gerade die Entstehung der traumatischen Neurose dem Verständnis näher bringen zu können, indem wir die Wirksamkeit der relativen Erregung als ein disponierendes Moment ins Auge fassen, das neben der hysterischen Konstitution und der Erregung für eine Anzahl von Fällen in Betracht kommt.

Unfall und Shock sind die beiden wichtigsten Ursachen der traumatischen Neurose. Das „epidemische“ Auftreten dieser Ursachen im Kriege müsste eine enorme Steigerung der Fälle von traumatischer Neurose zur Folge haben, wenn sie wirklich die einzigen Ursachen wären. Die Tatsache, dass sich doch nur in relativ wenigen Fällen eine Neurose an das Trauma anschliesst, wie es sich auch im Frieden verhält, führen wir darauf zurück, dass eine hypernoische Konstitution erforderlich ist, um die Erregung dauernd zu unterhalten. Diese Hypernoiker werden sich aber infolge der Strapazen des Krieges häufiger als im Frieden im Zustand der Erregung befinden. Die Wirksamkeit des Traumas muss hierdurch noch verstärkt werden, so dass die immerhin vorhandene Häufigkeit der Kriegsneurose hierdurch ihre Erklärung findet. Die Disposition eines Hypernoikers zur traumatischen Neurose wird durch das Bestehen einer „relativen Erregung“ wesentlich gesteigert.

Während der relativen Erregung befindet sich das Kraftzentrum gewissermassen in einem besonders labilen Gleichgewicht. Es sind keine Reserven mehr verfügbar. Ein psychisches Trauma, das, wie wir gesehen haben, stets erregend wirkt, muss nun durch Kraftverbrauch zum Zusammenbruch, zum Defekt führen, sei es ein primärer Reiz wie Schmerz oder ein Affekt oder eine durch die Umstände hervorgerufene Vorstellung. Ein supprimärer negativer Reiz, z. B. eine Gehirnerschütterung, die zunächst vielleicht Bewusstlosigkeit zur Folge hat, muss sich der bereits bestehenden Erschöpfung hinzuaddieren, und ebenfalls die Hemmung verstärken.

In jedem Falle besteht daher kürzere oder längere Zeit ein Zustand, in dem die höchsten psychischen Funktionen mehr oder weniger ausgeschaltet sind und die reflektorischen Akte das Uebergewicht haben. In dieser Zeit können sich neue reflektorische Verbindungen bilden, die als Krankheitssymptome in die Erscheinung treten.

Die Entstehung dieser Reflexe ist von dem Willen des Individuums selbstverständlich völlig unabhängig. Es hat die Fixierung des Zitterns oder die Lähmung des Armes, die funktionelle Aphonie usw. nicht gewollt. Jeder weiss, welche Energie dazu gehört, ein derartiges Sym-

ptom zu simulieren. Aber die Reflexe sind in ihrer Entstehung von der Konstellation abhängig. Der Wunsch, krank zu sein, Rente zu beziehen, aus dem Militärdienst entlassen zu werden, kann reflexbahnend wirken, ihr Zustandekommen fördern. Das einzelne Symptom ist damit noch nicht bestimmt, es wird vielmehr nur der augenblickliche Zustand im Hinblick auf die möglichen Folgen betrachtet und dabei unwillkürlich die vorhandenen Störungen verstärkt empfunden.

Der vielleicht auftauchende Wunsch, dies oder jenes Symptom zunächst zu behalten, wird sicher meist sofort unterdrückt und die Vergangenheit des Mannes beweist oft, dass es ihm nicht an soldatischen Tugenden fehlt. Er kann aber nicht dagegen an, dass sich bereits der Glaube an die Krankheit bei ihm entwickelt hat. Mit welchem Symptom sich dieser Glaube besonders fest verbindet, hängt von den verschiedensten Zufälligkeiten ab, die dem Kranken selbst völlig unbekannt sind, da es sich oben um Reflexe handelt. Und wenn wir ihm auch noch so klar beweisen, dass sein Glaube falsch ist, kann das auf sein Leiden keinen Einfluss haben, da es nicht logisch, sondern reflektorisch entstanden ist.

In schwereren Fällen zeigt sich, dass aus der hysterischen Konstitution eine relativ-hysterische geworden ist. Der Egoismus, die Willensschwäche, der Mangel an Konzentrationsfähigkeit, die Gleichgültigkeit in mancher Beziehung, die Wehleidigkeit, die zahlreichen körperlichen Beschwerden sind dieselben Symptome, wie wir sie bei anderen Defektzuständen Hysterischer finden.

Die Erregung macht sich in der Herrschaft der Vorstellungen geltend und äussert sich besonders deutlich und leicht nachweisbar in der supprimären Funktion. Die Hemmung macht Kraftleistungen ästhetischer, moralischer, sozialer Art unmöglich und beeinflusst daher manchmal den Charakter in recht ungünstiger Weise. Sie erschwert ferner die Bildung neuer Assoziationen und begünstigt so die Entstehung und Fixierung reflektorischer Akte. Sie verhindert schliesslich zum Teil die Umformung der supprimären Energie in solche höherer Stufen und es kann eine starke Erregung der supprimären Funktion mit Demenz vorgetäuscht werden. Dass auch aus der funktionellen, scheinbaren Demenz eine organische entstehen kann, ist theoretisch nicht auszuschliessen. Es kann die Erschöpfung so lange gedauert haben, dass eine Restitution nicht mehr möglich ist. Praktisch sind diese Fälle, soweit ich sehe, äusserst selten, da der Organismus durch die gewöhnlich rechtzeitig einsetzende Bewusstlosigkeit dagegen geschützt ist.

Treten organische Verletzungen des Gehirns hinzu, so pflegen wir nicht mehr von traumatischer Neurose zu sprechen. Die Annahme molekularer Verschiebungen, die wir stillschweigend für jeden psychischen

Akt voraussetzen, kann unsere psychologische Analyse nicht fördern, da sie ein anatomischer Begriff ist. Wir können sie nur ebenso als supprimären Reiz werten, wie andere organische Veränderungen, die sich dem mikroskopischen Nachweis noch entziehen.

Für die Auffassung der Kriegsneurosen folgt aus unserer Anschauung, dass man zwischen rein hysterischen Erregungszuständen und relativ-hysterischen Erregungszuständen möglichst scharf unterscheiden muss. Eine genaue Anamnese wird das in vielen Fällen möglich machen.

Die erstgenannten Formen werden naturgemäss stärker hysterische Konstitutionen betreffen. Sie erkrankten häufig bereits in der Garnison oder werden bei der ersten Gelegenheit manifest hysterisch.

Die zweite Gruppe wird dagegen Individuen betreffen, die niemals als nervös gegolten haben. Sie sind erst durch die Einwirkungen des Feldzuges labil geworden und, weil sie erschöpft waren, durch ein bestimmtes Ereignis zum Traumatiker geworden.

Unter die Einwirkungen des Feldzugs fällt auch der Alkoholmissbrauch, der häufig eine Rolle spielt und das Krankheitsbild im Sinne der Intoxikation beeinflusst. Auch dann aber kann nur auf Grund der hysterischen Konstitution eine traumatische Neurose entstehen.

Den traumatischen Neurosen glauben wir alle die Fälle nicht zurechnen zu sollen, die eine Gehirnerschütterung erlitten haben und daher nicht als funktionelle Erkrankungen gelten können. Der Nachweis, dass eine Gehirnerschütterung nicht stattgefunden hat, wird sich oft erst durch Nachforschen erbringen lassen. Jedenfalls muss man den Angaben der Patienten gegenüber eine gewisse Skepsis walten lassen.

Prognose und Behandlung werden von dem Grade der konstitutionellen Hysterie und der Erschöpfung bestimmt. Neben der suggestiven Beeinflussung muss zweifellos zunächst für möglichste Ruhe und Erholung gesorgt werden. Einen relativen Erregungszustand wird mau mit der Kaufmann'schen Ueberrumpelungsmethode nicht heilen und auch andere Arten der Suggestion können erst dann wirksam werden, wenn die psychische Energie eine gewisse Stärke wiedergewonnen hat. Für die reinen Erregungszustände gilt das bei der Hysterie Gesagte.

Die Einteilung der Kriegsneurosen trifft auch auf die Unfallsneurose des Friedens zu. Die Erschöpfung ist heilbar, die Konstitution nicht. Dies erklärt, dass die Krankheit im Frieden langwieriger und hartnäckiger ist, als im Kriege, in dem der Einfluss der Erschöpfung häufiger und stärker zur Geltung kommt.

Eine genauere Analyse der verschiedenen Formen der Traumatiker nach den hier dargelegten Prinzipien dürfte meines Erachtens von grossem praktischen Wert sein, da sich eine Reihe neuer Fragestellungen ergeben.

IX. Kapitel.

**Die energetische Auffassung des psychischen Geschehens
als Arbeitshypothese.**

Der Etagenbau der Seele. Ergebnisse der energetischen Anschauungsweise. Die Behandlung der Hysterie. Die Beeinflussung der Katatoniefrage. Die Epilepsie. Die Vererbung psychischer Eigenschaften. Erziehung und Konstitution. Die forensische Bedeutung der Theorie. Die Pathographie. Energetik und Kunst. Die Psychologie Schopenhauer's.

Gegen die „energetische Theorie der Psychosen“ ist von verschiedenen Seiten der Vorwurf erhoben worden, dass man nichts mit ihr anfangen könne, dass es doch gleichgültig sei, wie man einen Zustand benenne, dass also die Theorie praktisch keinen Wert habe. Wenn das zuträfe, hätte die Theorie in der Tat keine Existenzberechtigung, denn sie soll vor allem eine Arbeitshypothese für die Psychiatrie sein.

Allerdings hat sich die Psychiatrie erst zu ihrer jetzigen Höhe entwickelt, seitdem sie einen Teil der Medizin bildet. Dieser Umstand hat aber auch nachteilige Folgen gehabt. Die grossen Fortschritte, die der Anatomie, Histologie, Serologie, kurz den medizinischen Forschungsmethoden zu verdanken sind, und das Vertrauen in die experimentelle Psychologie lassen theoretische Ueberlegungen manchem als überflüssige Spekulationen erscheinen. Die Psychiatrie darf den Zusammenhang mit der Medizin zwar nicht verlieren, sie ist aber ebenso sehr ein Teil der Psychologie. Trotzdem hatte sie unseres Erachtens den Zusammenhang mit dieser bisher noch nicht gefunden. Die Unzulänglichkeit der bisher aufgestellten Systeme, die schon in den Gegensätzen hervortritt, die zwischen den verschiedenen Schulen eines Kraepelin, Ziehen, Wernicke, Binswanger, Bleuler u. a. vorhanden sind, ist stets erkannt worden und hat immer wieder zu Versuchen geführt, die Ursachen dieser Verschiedenheiten aufzufinden und zu beseitigen. Da sie nicht den gewünschten Erfolg hatten, ist der Skeptizismus begreiflich, mit dem Jaspers unter grossem Beifall der Fachgenossen auf jede Theorie feierlich verzichtet hat. Es ist in der Psychiatrie nicht mehr modern, ein psychologisches System zu haben und es gilt fast als anmassend, ein neues aufstellen zu wollen.

Ein gewisser Grad, wenn auch nicht von Anmassung, so doch von Selbstvertrauen gehört sicherlich zu jeder eigenen Ansicht. Wir finden diese Eigenschaft bei Paranoikern daher stets krankhaft gesteigert. Wie unterscheidet sich aber, könnte man vielleicht fragen, ein wissenschaftliches System von einem paranoischen? Der Grad des Selbstbewusstseins, mit dem es verkündet wird, dürfte nicht massgebend sein, auch falsche Schlüsse sind noch kein Beweis für

Paranoia. In der allgemeinen Beurteilung wird auf die Art der Nutzanwendung der Hauptwert gelegt. So hat man die Freud'sche Anschauung mit der Paranoia verglichen, weil sie besonders in ihren extremen Vertretern den Tatsachen Gewalt antut, während man Wernicke's immerhin recht erheblich von der üblichen Betrachtungsweise abweichende Theorie wegen ihrer scharfen Abgrenzung der verschiedenen Krankheitszustände von einander bewunderte. Aber auch das „paranoische“ Festhalten an einer falschen Idee wäre noch keine Paranoia. Denn diese kann, wie wir gesehen haben, niemals von der sekundären Funktion ihren Ausgang nehmen, vielmehr ist die paranoische Idee stets erst die Folge katatoner Erregung. Die Paranoia beruht auf krankhaften primären psychischen Akten, auf Erlebtem, der wissenschaftlichen Theorie liegt stets eine Idee, eine abstrakte Vorstellung zu Grunde. Daher gibt es nicht zwei Verrückte, die dasselbe System haben, während die suggestive Gewalt mancher Vorstellungen ganze Völker in ihren Bann schlägt. Eine abstrakte Idee kann wohl zu einer Zwangsvorstellung, aber niemals zu einer Paranoia werden.

Ohne theoretische Grundlage gibt es jedoch keine Wissenschaft. Von besonderer Bedeutung aber muss sie für das Studium des psychischen Geschehens sein, das wir uns stets durch einen Vergleich näherücken müssen, um das Ungreifbare bildlich zu verdeutlichen.

Wenn die Psychiatrie bisher aus psychologischen Systemen keinen Nutzen gezogen hat, dürfen wir nicht schliessen, dass diese überhaupt zwecklos sind, sondern dass ihre psychologische Grundlage falsch war. Indem wir diese Grundlage und damit den Standpunkt, den wir den Tatsachen gegenüber einnehmen, in zweckmässiger Weise verändern, können wir wohl die Fehler zu vermeiden hoffen, die den bisherigen Theorien anhaften.

Die „energetische Theorie der Psychosen“ hat die alte Vorstellung wieder aufgenommen, dass das psychische Geschehen nichts als eine Erscheinungsform der Energie ist. Das Wesentliche und für die Psychiatrie Neue der von uns vertretenen Ansicht ist aber die Verbindung der energetischen Auffassung des Psychischen mit dem Entwicklungsprinzip. Diese Kombination ist der Kernpunkt der Jodl'schen Psychologie. So gelangen wir zwar in weiterer Durchführung der Jodl'schen Einteilung des psychischen Geschehens zu dem bereits früher vielfach angenommenen „Etagenbau der Seele“. Dieser Begriff ist häufig bespöttelt worden, aber nur deswegen mit Recht, weil ihm seinerzeit der Energiebegriff fehlte. Und dessen Anwendung auf das Psychische förderte uns nicht, weil auch sein konsequenter Vertreter, Ostwald, die Vorstellungen nicht als höhere Stufen, sondern als den anderen koordinierte Elemente des Seelenlebens auffasste. Wenn uns aber das Bild von der psychischen Kraft in der neuen Gestalt leichtere Verständigungsmöglichkeit, neue Ausblicke und neue Fragestellungen gewährt,

wenn es zu klaren Definitionen und neuen Erkenntnissen von Zusammenhängen führt, wenn es also mehr leistet als die bisherigen Darstellungen, so ist es berechtigt und wertvoll. Die wesentlichsten prinzipiellen Abweichungen von der herrschenden Art, die Tatsachen zu deuten, seien hier unter Einbeziehung der Ergebnisse vorliegender Aufsätze nochmals zusammengestellt, um eine Uebersicht über die Tragweite der Theorie zu geben.

Die theoretischen Irrtümer der Psychiatrie spiegeln sich in ihrer Nomenklatur. Die Hysterie, die Hypnose, die Neurastheie, die Katonie, Dementia praecox, Schizophrenie u. a. sind Namen, die von den Zuständen, die sie bezeichnen sollen, im Voraus einen falschen Begriff geben. Man muss daher, wenn nicht ihre Beseitigung, so doch ihre Klarstellung als dringende Aufgabe bezeichnen. Die energetische Theorie erscheint hierzu in befriedigender Weise geeignet. Sie gibt zum ersten Male eine Definition des Begriffes „psychische Konstitution“ und stellt sechs von der normalen abweichende Typen auf. Diese Verschiedenheiten werden zusammen mit der individuellen Konstellation als die Ursache für die Verschiedenheit der Reaktionen, bzw. der Krankheitsbilder angesehen. Während man also bisher glaubt, dass eine Krankheitsursache immer dieselben Krankheitssymptome hervorrufen müsse — eine aus der Medizin übernommene Anschauung — finden wir, dass im Gegenteil verschiedene Ursachen gleiche Wirkungen, dieselbe Ursache aber verschiedene Wirkungen haben kann und tatsächlich oft hat.

Die Begriffe Reiz, Reflex, Assoziation werden untersucht und gewinnen eine etwas andere Bedeutung als die bisher übliche. Da eine Veränderung des psychischen Kraftzentrums nur in Erregung oder Hemmung bestehen kann, können nur zwei Arten von Ursachen für alle möglichen Abweichungen vom Normalzustand in Betracht kommen, die positiven und die negativen Reize. Die gewöhnlich beachteten psychischen Krankheitssymptome sind fast ausschliesslich Folgen der positiven Reize, also Erregungssymptome, während die Hemmungssymptome noch nicht genügend erkannt sind und oft falsch gedeutet werden.

Reflex und Assoziation sind durchaus nicht so verschiedene psychische Vorgänge, wie man anzunehmen scheint, sondern jeder Reflex ist Assoziation und jede Assoziation kann reflektorisch sein.

Die bisher üblichen psychologischen Begriffe, wie Apperzeption, Dissoziation, Bewegungsvorstellung u. a., haben die Erkenntnis der psychischen Krankheiten nicht gefördert und halten der Kritik nicht stand. Die energetische Theorie weist das im Einzelnen nach.

Die vier Kardinalsymptome der Geisteskrankheiten entsprechen den vier psychischen Elementen, d. h. es sind Erregungssymptome, in denen

das betreffende Element oder wenn man will, die eine Seite des psychischen Geschehens besonders deutlich hervortritt. Die stärksten Grade der Erregung führen zum Stupor, der entsprechend in vier verschiedenen Arten auftritt. Als fünfte Stuporform kommt der bisher zu wenig beachtete Hemmungstupor hinzu, bei dem eine Unterscheidung nach Qualitäten nicht möglich ist.

Infolge des Etagenbaus der Seele kann nun aber jedes Erregungssymptom auf zwei verschiedene Arten zu Stande kommen, es kann katatonisch oder psychogen sein. Hemmungssymptome dagegen sind nur auf katatonischem Wege möglich.

Der Begriff „katatonisch“ erhält hier zum ersten Male einen greifbaren Sinn und eine psychologische Bedeutung.

Die Einteilung der Geisteskrankheiten muss denen der Symptome parallel gehen und ist in der Tat auf unserer Grundlage ohne Schwierigkeiten durchführbar, wenn auch die Theorie der Praxis hier noch etwas vorseilt. Es ergab sich die Einheit der katatonischen Krankheitsformen und die Identität der vielumstrittenen Begriffe Hysterie, Neurasthenie, Psychogenie. Allerdings konnten bei diesen Betrachtungen die Bedürfnisse der Klinik nicht massgebend sein, sondern nur die psychologische Erkenntnis. Während aber die Klinik durch immer feinere Zergliederung der Erscheinungen allmählich die Uebersicht über die Fülle der Einzelheiten zu verlieren droht, gibt ihr die energetische Psychologie ein einigendes und ordnendes Prinzip an die Hand.

Während die Psychiatrie bisher immer wieder den unfruchtbaren Versuch machte, das Zustandekommen einzelner Symptome zu erklären legen wir darauf Wert, ob die Erregung von der supprimären oder von der sekundären Stufe ausgegangen ist. Das Zustandekommen des einzelnen Symptoms hängt von der Konstellation ab, es ist daher unwichtig, in gewissem Grade zufällig. Nicht der Inhalt von Halluzinationen usw. ist wesentlich, sondern die Art ihrer Entstehung. Zu ihrer Feststellung ist die Kenntnis der Konstitution von Bedeutung, wobei besonders die Gegensätzlichkeit der Hysterie und Imbezillität wie der Hypernoia und Hyponoia zu beachten ist.

Die Anwendung des Energiebegriffs führt mit Notwendigkeit dazu, die gewöhnlich als somatisch bezeichneten Funktionen dem psychischen Geschehen als „supprimär“ anzugliedern. Nun folgt ohne weiteres, dass auch jedes somatische Symptom auf zwei Arten, nämlich supprimär oder sekundär, entstehen kann, d. h. es kann einen realen Grund haben oder vorgestellt, organisch oder hysterisch sein. Diese wichtige Schlussfolgerung wird man immer wieder bestätigt finden. Sie ist für die Auffassung der sogenannten traumatischen Neurose von besonderem In-

teresse und praktischem Wert. Eine Neurose, die ja der Ausdruck einer Erregung ist, muss stets mit Erregungssymptomen auch supprimärer Art einhergehen. Daher kann unter Umständen das Fehlen derselben die Diagnose der Simulation sichern.

Auch die somatischen Symptome der hysterischen Krankheitszustände, zu denen also die traumatische Neurose gehört, sind als zufällig entstanden anzusehen. Daher ist jedes hysterische Symptom heilbar, die Konstitution aber und damit die Neigung zu Rezidiven oder zum Auftreten anderer Symptome bleibt bestehen.

Nur die Heilung der hysterischen Symptome kann Aufgabe des Arztes sein. Auf Grund unserer Anschauung, dass diese während eines besonders starken Erregungszustandes entstehen und reflektorische Verbindungen der supprimären oder primären mit sekundären Elementen darstellen, besteht die Therapie in suggestiver Behandlung. Dazu ist zunächst notwendig, dass die Erregung nachgelassen hat, da sich der Patient sonst in einem hysterischen Dämmerzustand befindet oder mindestens einer Autosuggestion untersteht, die ihn gegen Suggestion von aussen unempfindlich macht. Andererseits aber muss die psychische Energie des Patienten eine gewisse Intensität besitzen. Die Suggestion kann also nicht gelingen, solange nach einem Shock oder einem körperlichen Trauma eine schwere Erschöpfung vorhanden ist. Dann kann natürlich die Aufmerksamkeit, die Erwartung, die Macht der Vorstellungen, kurz die Erregung der sekundären Funktion nicht genügend gesteigert werden, um eine wirksame Gegenvorstellung zu erzeugen. Ist aber eine genügende Intensität von P vorhanden, so kann die sofortige Beseitigung der Krankheitssymptome auf die verschiedenste Art erreicht werden. Man kann zweifellos auf so drakonische Mittel, wie sie in neuester Zeit empfohlen werden (Kaufmann), verzichten.

E. Mendel lehrte, die Hysterie wird durch den Glauben an das Heilmittel geheilt, und demonstrierte in jedem Semester seinen Zuhörern solche Heilungen, die er während des Kollegs mit Hilfe eines Magneten ausführte. Wir meinen, dass der Glaube an die Krankheit beseitigt werden muss, und halten es daher für unzweckmässig, sich auf ein Mittel oder eine Methode festzulegen. Die Form der Suggestion muss vielmehr dem Falle angepasst sein, je mehr verschiedene Methoden dem Arzt zur Verfügung stehen, desto besser.

Die Kranken führen ihr Leiden oft auf Ursachen zurück, die tatsächlich nicht als solche in Frage kommen. Sie halten sich vielmehr oft an Nebenumstände. Das kann man auch den Freudianern zugeben, ihre Annahme jedoch, dass stets sexuelle Ursachen an die Stelle der von den Patienten angegebenen zu setzen sind, trifft jedenfalls nur selten zu.

Ein typischer Fall von Verkenennung der Ursache möge hier folgen:

Ein 20jähriger Infanterist litt seit einem Nervenshock, den er vor $\frac{1}{2}$ Jahr an der Westfront erlitten hatte, an der üblichen Pseudoparesis spastica mit Schütteltremor der rechten Hand, Zuckungen des Kopfes und des rechten Beins. Er konnte die Hand wenig gebrauchen, nicht schreiben, zeigte das Pseudo-Romberg'sche Symptom. Er war 4 Wochen lang im Lazarett mit starken elektrischen Strömen behandelt worden, wobei er Schmerzen hatte, „als ob das Fleisch herausgerissen würde“. Das Leiden hatte sich in der Garnison etwas gebessert, war aber nach zweitägigem Aufenthalt dicht hinter der Front wieder in alter Stärke aufgetreten.

Er selbst gab an, durch Verschüttung krank geworden zu sein. Im Lazarett sei ihm gesagt worden, dass der starke Knall einen Nervenshock hervorgerufen habe, daher vertrage er auch jetzt keine Geräusche. Jeder wisse, dass die starken Explosionen solche „moralische“ Wirkung hätten.

Nachdem ihm auseinander gesetzt war, dass der Eindruck der verwundenen Kameraden und die Lebensgefahr, in der er sich befunden hatte, ihn so aufgeregt habe, dass er zitterte, wurde er ohne Schwierigkeiten in Wachsuggestion von seinem Leiden befreit. Am selben Tage schrieb er einen Brief nach Hause und macht nun unbehindert Dienst.

Bemerkenswert erscheint immerhin, dass dieser Erfolg trotz ungünstiger äusserer Verhältnisse (häufiges Schiessen der Artillerie während der Behandlung) erzielt werden konnte.

Diese Zusammenstellung der theoretischen Ergebnisse könnte leicht durch eine Reihe von Einzelheiten vermehrt werden. Wenn die Theorie aber nichts als eine klare Bestimmung klinischer Begriffe und eine natürliche Gruppierung der Geisteskrankheiten ermöglichen würde, müsste sie schon als wertvoll anerkannt werden. Besonders bemerkenswert erscheint noch, dass sie die Unterscheidung von Hysterie und Simulation erleichtert und die Therapie der hysterischen Symptome, die aus dem Stadium des Experimentierens noch nicht herausgekommen ist, zu zielbewusstem Handeln anleitet.

Welcher Nutzen der Prognose der katatonischen Erkrankungen aus der Beachtung der Theorie erwachsen wird, kann erst nach entsprechender Bearbeitung eines grösseren Materials beurteilt werden. Immerhin dürften gerade hier die neuen Gesichtspunkte zu einer Belebung der seit längerer Zeit resignierenden Forschung führen.

Von besonderem Einfluss kann aber die Theorie auf die Erforschung von der Ursache der Geisteskrankheiten und die Vererbung psychischer Eigenschaften werden. Trotzdem darauf bereits mehrfach hingewiesen wurde, wollen wir diese Punkte hier noch etwas ausführlicher erörtern, weil der erste Fortschritt, der auf Grund der neuen Theorie gemacht würde, mehr als alle anderen Umstände ihren Wert erweisen würde.

Da es sich hier aber um die schwierigsten Fragen der Psychiatrie handelt, können wir uns nicht der Hoffnung hingeben, dass ihre Lösung unmittelbar bevorsteht.

Anstatt für die *Dementia praecox*, das zirkuläre Irresein, die *Paranoia* usw. verschiedene Krankheitsursachen anzunehmen, führt die energetische Theorie zu der Annahme, dass diese Krankheiten nur verschiedene Formen der katatonischen Psychose darstellen und es sich also nur um eine einzige, ihnen allen zu Grunde liegende Krankheitsursache handeln kann. Wir halten es ferner für wahrscheinlich, dass auch einzelne Formen der *Dementia senilis*, der Idiotie und der Epilepsie nichts als Kombinationen dieser unbekannten Noxe mit Alterserscheinungen bzw. Entwicklungsstörungen darstellen. Dieselben Umstände, die uns in der Katatonie eine Stoffwechselerkrankung vermuten lassen, weisen uns zur Erforschung ihrer Noxe auf die Serologie. Dabei wird man zweckmässiger Weise zunächst die Fälle untersuchen, in denen man die stärksten Grade der Erkrankung vermuten muss. Das dürften einerseits die in der Pubertät einsetzenden und schnell zu geistigem Verfall führenden Fälle sein, andererseits gehören die chronischen Erkrankungen der späteren Jahre hierher, soweit sie besonders hypernoische Konstitutionen betreffen, bei denen die katatonischen Symptome lange durch hysterische verdeckt werden können. Beide Kategorien von Kranken stellen jedenfalls schwere Formen dar, der Unterschied des Verlaufs dürfte auf der geringen Widerstandsfähigkeit des jugendlichen Organismus beruhen.

Der Vergleich mit den genannten organischen Erkrankungen ist unter Zuhilfenahme der Histologie anzustellen. Wir unterscheiden zwei Formen von Epilepsie. Die eine zeigt im Wesentlichen supprimäre Störungen, also Krämpfe und Absenzen, zu denen allenfalls eine gewisse Reizbarkeit hinzukommt, die andere zeigt daneben alle Symptome der *Dementia praecox*. Bei der ersten Form führt die histologisch nachweisbare Entwicklungsstörung zu den periodischen Störungen, bei der zweiten treten diese gegenüber den katatonischen Erscheinungen zurück oder kombinieren sich zu schwerstem Verfall der psychischen Kraft. Schon eine verhältnismässig geringe Stärke der katatonischen Komponente wird hier zu erheblichen Störungen führen, was sich histologisch und serologisch erweisen muss. Ähnliches muss sich für die *Dementia senilis* ergeben, doch ist die histologische Abgrenzung hier noch weniger scharf als bei der *Dementia praecox*, so dass die Erkrankungen des Alters zunächst für diese Untersuchungen am wenigsten Erfolg versprechen. Von Idioten kommen dagegen die nicht seltenen Fälle mit negativem histologischen Befund als wahrscheinlich stark

katatonisch in Betracht. Diese Vermutung wird durch die event. nachweisbare erbliche Belastung mit Katatonie zu stützen sein.

Bei hysterischen Krankheiten kann natürlich die katatonische Noxe nie auftreten.

Gegen unsere Einheitspsychose, die sich allerdings in ihrem Wesen und ihrer Begründung von der alten Arndt'schen sehr unterscheidet, könnte eingewandt werden, dass z. B. die Paralyse auf diese Weise auch hinzugerechnet werden könnte und ihre Spezifität nie gefunden worden wäre, wenn man die Konstitution und Konstellation als die Ursache des verschiedenartigen Auftretens angenommen hätte. Aber gerade das Beispiel der Paralyse scheint für unsere Auffassung beweisend, da wir an ihm sehen, dass eine und dieselbe Noxe tatsächlich alle Formen der jetzt noch als funktionell anzusehenden katatonischen Psychose hervorrufen bzw. vortäuschen kann. Unsere Auffassung muss dazu führen, ebenso wie es bei der Paralyse der Fall war, anscheinend ganz verschiedene Krankheitsbilder auf eine gemeinsame Ursache zurückzuführen und so eine neue Gruppe gegenüber den wirklich funktionellen d. h. psychogenen und den organischen Psychosen abzugrenzen. Es dürfte jedenfalls mehr Erfolg versprechen, eine einzige Noxe zu suchen als für jede der verschiedenen Formen eine besondere.

Zur Begründung der Annahme, dass es sich in den von uns als katatonisch bezeichneten Psychosen um dieselbe Krankheitsursache handelt, liefert die Betrachtung der Vererbung eine wesentliche Stütze. Dies ist für die klinischen Tatsachen bereits in der Theorie der Psychosen erörtert worden. Auf Grund dieser Aufsätze können wir nun auch die Vererbung im Bereich des normalen psychischen Geschehens berücksichtigen.

Die Definition und die Einteilung der Konstitution liefert uns die Erbeinheiten, deren Vererbung wir nachgehen müssen. Vererbbar ist nur die Konstitution, die Stärke und Form der psychischen Reaktionen. Die Konstitutionsformeln $P < S$ und $P > S$ werden wir zum Zweck dieser Untersuchung besser pS und Ps schreiben und können die Abweichungen $P < 1$ und $P > 1$ zunächst unberücksichtigt lassen, da es im Bereich des Normalen nur auf das Verhältnis $P : S$ ankommt.

Dies Verhältnis ist aber nicht nur für die gesamte Intensität von P und S wichtig. Diese setzt sich vielmehr aus einer unbestimmten Anzahl von Teileinheiten zusammen, nämlich aus so viel Teilen, wie wir Qualitäten primären psychischen Geschehens annehmen können, wenn wir, wie bereits erwähnt, unser Schema nach Art des Spektrums erweitern. Dann erhalten wir z. B. im Gebiet des Empfindens die zahlreichen Qualitäten sinnlicher Eindrücke. Hier können wir, ohne irgend

welchen Annahmen unserer Theorie zu widersprechen, für einzelne ein Verhältnis $P = S$, für andere $P < S$ und schliesslich für einige $P > S$ annehmen. Damit tragen wir nur den stets betonten Tatsachen Rechnung, dass die Konstitution nur im Grossen und Ganzen für die psychische Art zu reagieren entscheidend ist und dass einzelne Qualitäten im Bewusstseinszustand eine grössere Rolle spielen als andere. Die psychischen Reaktionen können in gewissen Grenzen auf einzelne Reize stärker oder schwächer ausfallen als im allgemeinen. Ebenso wie es ein temporäres oder konstellatives Ueberwiegen einer Qualität gibt, so muss es auch ein konstitutionelles Ueberwiegen einzelner Qualitäten geben.

Qualitäten des Empfindens sind in dem hier gemeinten Sinne Sehen, Hören usw. Wir haben es also mit einer höheren Form des primären Empfindens zu tun. Entsprechend wären für das Fühlen und Streben „an sich“ die unmittelbar erlebten Affekte und Triebe zu setzen, die der primären Lust und Unlust und dem primären Streben und Widerstreben gegenüber jedenfalls eine höhere Differenzierung voraussetzende Form primären psychischen Geschehens darstellen.

Die normale Konstitution kann man sich danach aus sehr vielen PS zusammengesetzt denken und eine besonders hervortretende Qualität als $P^2 S^2$ bezeichnen. Auch diese kann wieder als zusammengesetzt und aus verschiedenen Einzelgliedern bestehend angenommen werden. Nehmen wir z. B. an, in einer Konstitution (PS) $n \times P^2 S^2$ sollte $P^2 S^2$ die musikalische Begabung bezeichnen, so könnte die Art derselben doch sehr verschieden sein. Sie kann sich mehr reproduktiv als produktiv äussern, was wir auf stärkeres oder geringeres Ueberwiegen von S zu beziehen hätten, sie kann besonders mit Gefühl für Rhythmus oder für Stimmung gepaart sein, sich in schnellem Erfassen oder in gutem Gedächtnis für neue Harmonien äussern, je nachdem die Spontaneität, die Affektivität oder das Empfinden stärker ausgebildet ist. Nicht konstitutionell bedingt ist dagegen, ob sich das Talent betätigt oder welches Instrument es bevorzugt. Das hängt natürlich von Zufälligkeiten ab. Stets wäre aber festzustellen, aus welcher primären Qualität die vorliegende Art der Begabung überwiegend abzuleiten ist.

Hier sind zweifellos Zusammenhänge vorhanden, die noch zu wenig beachtet sind, und es ergeben sich für die Frage der Vererbung wichtige Anhaltspunkte. G. Sommer¹⁾ macht darauf aufmerksam, dass sich der Blockausdruck „Sprachbegabung“ in eine Summe von Einzeldispositionen auflösen lässt. Welche Begabung man aber untersucht, stets wird man eines der primären Elemente als die wesentliche Quelle der Begabung

1) G. Sommer, Geistige Veranlagung und Vererbung. Teubner. 1916.

ansprechen müssen. Für diese primäre Quelle müssen die Vererbungsregeln zunächst studiert und festgestellt werden, nicht aber für ihre entferntesten Ausläufer.

Sommer kommt an anderer Stelle zu dem Schluss, dass nur die Disposition erblich ist, „eine Labilität der seelischen Konstitution, die je nach der gebotenen Gelegenheit zu der gleichen oder aber einer anderen, event. ähnlichen Verrirung disponiert“. Setzen wir hier für „Verirrung“ „Inbalt“, was berechtigt sein dürfte, da die Vererbbarkeit von guten und bösen Eigenschaften wohl gleichartig ist, so finden wir hierin eine Bestätigung unserer Anschauung. Die Labilität sehen wir in dem vererbaren Verhältnis P : S.

Sommer glaubt aber, die „Anlage zur Wahrhaftigkeit“ auf ihre Erbllichkeit untersuchen zu können, und macht also gerade den Fehler, an einer tertiären Eigenschaft die Vererbung des psychischen Geschehens auseinanderzusetzen, deren Entwicklung im Individualleben von äusseren Zufälligkeiten abhängig ist. Bevor nicht mehr Klarheit über die Vererbung der primären Qualitäten und ihres Verhältnisses zur sekundären Funktion geschaffen ist, halten wir es für zwecklos, über die Vererbung komplizierter psychischer Eigenschaften zu diskutieren. Eine Eigenschaft wie die Wahrhaftigkeit kann nie vorhanden sein, ohne dass auch das ethische Empfinden als solches entwickelt ist. Die Grundlage hierfür stellt die sekundäre Funktion dar, deren höhere Entwicklung sich überwiegend auf ethischem Gebiet aber ebensogut auf sozialem oder ästhetischem betätigen kann. Für die Art der Betätigung sind äussere Momente massgebend. Wenn also der Sohn eines Pastors Arzt oder Lehrer wird, so kann er zwar die Hyperfunktion von S ererbt haben, er kann sie aber anders verwerten als der Vater. Das hängt im Einzelnen von den erworbenen reflektorischen Assoziationen ab, daher häufig der Sohn wieder Pastor wird, wenn nicht andere Einflüsse der Umgebung die des Vaters überwiegen. Vererbt wird aber nur die Begabung, nicht das Theologische oder Medizinische oder Juristische. Wir müssen also derartige Eigenschaften, die inhaltlich von einander abweichen, zu einander in Beziehung setzen und als vererbt ansehen, wodurch das Problem doch wohl in anderem Lichte erscheint als sonst.

Für die Vererbung künstlerischer Fähigkeiten ist in Betracht zu ziehen, dass die Trennung von Gesichts- und Gehörseindrücken z. B. ausgesprochener ist als die von juristischen und anderen wissenschaftlichen Gedankengängen. Die Funktionen des Auges und des Ohres sind an bestimmte Gehirnteile gebunden, was von den tertiären psychischen Akten nicht angenommen werden kann. Es ist infolgedessen wohl möglich, dass der Vererbung der künstlerischen Talente eine

Vererbung lokaler Ueberwertigkeit der betreffenden Zentren einhergeht. Innerhalb der einzelnen Erbinheit gibt es zwar Verschiedenheiten. Ob jemand aber Zeichner, Maler, Bildhauer oder Architekt wird, ob er also stärker in der Formgebung oder in der Farbenempfindung, in der Auffassung der Bewegung oder der der Perspektive ist, immer muss er ein besonders entwickeltes Sehzentrum haben.

Die Vererbung gewisser Talente kann daher auch auf abnorme, ja minderwertige Konstitutionen erfolgen. Wir finden bei Imbezillen und Idioten mitunter eine auffallende musikalische oder sonstige — in letztem Falle allerdings relative — Begabung, die das übrige geistige Niveau weit überragt. Das schwachsinnige Individuum kann jedoch mit seiner Begabung nichts anfangen, die Ausübung und Verwertung eines Talenten ist vielmehr nur bei Individuen von normaler Konstitution möglich. Wie eine ethische Qualität nur auf dem Untergrund einer hochstehenden Persönlichkeit, einer hochentwickelten Sekundärfunktion emporwachsen kann, so ist ein künstlerisches Talent nur bei hochentwickeltem Sinnesorgan denkbar. Das Talent allein macht noch keinen Künstler, es muss dazu mit einer hochwertigen Konstitution verbunden sein. Eine ethische, ästhetische oder soziale Begabung kann nur mit einer solchen zusammen vorkommen, sie ist ein Teil einer stark entwickelten tertiären Funktion, die künstlerische Eigenschaft jedoch ein Teil der betreffenden Empfindung, die in primären Akten wurzelt. Diese ist daher in ihrer speziellen Eigenart vererbbarer als jene, die nur in ihrer allgemeinen Grundlage — der Hyperfunktion von S — vererbbar ist.

Die psychischen Funktionen sind, wie sich aus diesen Erörterungen ergibt, nicht in gleicher Weise vererbbar wie körperliche Eigenschaften, die Vererbbarkeit nimmt vielmehr mit der Höhe der Entwicklungsstufe ab.

Nun wird auch die frühere Ablehnung der Behauptung, dass die Homosexualität angeboren sei, begründet erscheinen. Auch hier wird nur der Trieb, nicht die Richtung desselben, die Disposition, nicht der Inhalt von den Vorfahren geerbt.

Die körperlichen Eigenschaften sind stärker vererbbar, sie sind mit dem Organismus inniger verbunden als die geistigen. Daher auch die individuellen Veränderungen des Körpers während des Lebens erheblich geringer sind als die des Geistes und die körperlichen Eigenschaften der Vorfahren sich bei den Deszendenten öfter wiederholen und länger erhalten als die geistigen. Das musikalische Talent ist als solches vererbbar, die Wahrhaftigkeit nur in Form der Disposition für ethisches Empfinden.

Die Aufgabe wäre also zunächst, die Vererbung der Konstitution als solcher festzustellen. Wie verhalten sich die Deszendenten, wenn die Konstitutionen der Eltern die Formel: 1) $pS + pS$, 2) $Ps + Ps$, 3) $pS + Ps$ haben. Im Fall 3 ist noch zu unterscheiden, welcher Einfluss dem Vater und der Mutter zukommt, so dass hier zwei Möglichkeiten vorhanden sind. Ferner ist auch das Geschlecht der Kinder zu berücksichtigen.

Die weitere Frage wäre dann, welche Elemente der psychischen Konstitution vererbbar sind, ob gewisse Elemente enger miteinander verbunden sind, so dass sie stets gemeinsam vorkommen. Vor allem würde wohl interessieren, ob körperliche und psychische Elemente miteinander verkoppelt sind, wie es in vielen Fällen den Anschein hat, z. B. musikalisches Talent und Bildung der Ohren oder die hypernoische Konstitution der Mutter und die Form ihrer Hände, die Farbe der Iris, oder eine besonders starke Spontaneität und gute Entwicklung der Muskulatur. Es gibt hier sehr viele Möglichkeiten, über die noch kein Tatsachenmaterial vorliegt, deren Erforschung wohl geeignet erscheint, das Dunkel der psychischen Vererbung etwas zu lichten.

Man hat besonders versucht, die Kopfform in Beziehung zur geistigen Entwicklung zu setzen, ohne aber zu verwertbaren Resultaten zu gelangen. Mit den absoluten Massen dürfte hier nicht weiterzukommen sein und man ist auch bereits dazu übergegangen, verschiedene Relationen wie Gewicht des Gehirns zum Körpergewicht, Länge der verschiedenen Kopfdurchmesser zu einander u. a. zu berücksichtigen. Dem Gefühl erscheint oft das Verhältnis des Gesichts- zum Gehirnschädel dem der primären zur sekundären Funktion zu entsprechen. Ob Messungen vorliegen, die für oder gegen eine solche Proportionalität sprechen, entzieht sich unserer Kenntnis. Man müsste sich dazu etwa auf einer der Gehirnbasis entsprechend durch den Schädel gelegten Ebene zwei Kegel konstruieren und bestimmen, ob deren Volumina dem Verhältnis $P:S$ entsprechen. Die Feststellung, ob hier eine konstante Beziehung vorhanden ist, erscheint immerhin von Interesse.

Vielfach hat man bei Katatonikern ein Ueberwiegen körperlicher Degenerationszeichen festzustellen geglaubt, ohne hier zu einwandfreien Schlüssen zu gelangen. Sie finden sich auch bei normalen Individuen, sind aber vor allem bei pathologischen Konstitutionen häufiger. Nicht die Erkrankung an Katatonie dürfte mit ihnen in Verbindung zu bringen sein, sondern die absolute Schwäche von P . Es ist nicht unwahrscheinlich, dass Individuen, die körperliche Anomalien erben, auch die psychischen Abweichungen aufweisen, dass also hier eine Kombination von Erbinheiten vorliegt.

Nicht zu übersehen ist hierbei, dass der Begriff „Degenerationszeichen“ kein feststehender ist. Es erscheint z. B. recht zweifelhaft, ob die angewachsenen Ohrläppchen oder die zusammengewachsenen Augenbrauen die ihnen anhaftende ominöse Bedeutung wirklich verdienen. Sie sind gerade bei hochentwickelten Individuen nicht selten und es könnte doch auch eine aberratio ad majus geben.

Die Erfahrung, dass das Genie gewöhnlich nicht erblich ist, besonders aber dass es oft eine oder (seltener) mehrere Generationen überspringt, ist vielleicht jetzt schon leichter zu verstehen. Das über-grosse P des Vaters wird durch eine weniger begabte Mutter (vielleicht auch durch das Alter des Vaters?) kompensiert, und erst in der nächsten Generation ist das psychische Erbgut wieder grösser als normal. Die Mendel'schen Gesetze sind hier, wo es sich stets um kleine Zahlen handelt, nur in beschränktem Masse verwertbar. Trotzdem scheint mir ein Versuch ihrer Anwendung Erfolg zu versprechen, wenn man in einer möglichst grossen Zahl von Fällen die Konstitutionsformeln von Eltern und Deszendenten eruiert.

Eine schwierige Frage ist noch zu erörtern. Wir nannten die der Hyponoia nahestehende bzw. im Sinne derselben stärker von der Norm abweichende Konstitution imbezill oder katatonisch. Die Berechtigung dazu sahen wir in der Uebereinstimmung ihrer Reaktionsweise mit den katatonischen Zuständen. Es liegt nahe anzunehmen, dass hier ein tieferer Zusammenhang vorliegt, dass nämlich die imbezille Konstitution zur katatonischen Erkrankung disponiert, dass sie vielleicht sogar den Ausdruck der ererbten Katatonie darstellt. Gegen diese Auffassung spricht, dass Imbezille wohl nicht häufiger als Normale katatonisch erkranken, für dieselbe, dass Angehörige von Katatonikern mitunter imbezill sind. Beides ist behauptet worden, für beide Behauptungen scheinen mir aber ausreichende Erfahrungen nicht vorzuliegen. Wir sehen dagegen häufig hypernoische Menschen schnell katatonisch verfallen und finden bei Katatonikern hochbegabte und gesunde Geschwister. Es dürfte also vorläufig die katatonische Konstitution von der katatonischen Krankheit, was die Vererbung anbelangt, scharf zu trennen sein. Vielleicht ist der Zusammenhang der, dass die Konstitutionen mit kleinem P der katatonischen Noxe gegenüber geringere Widerstandskraft besitzen, während die Vererbung von Konstitution und katatonischer Noxe nichts miteinander zu tun haben.

Das Studium der Konstitution und der Vererbung muss auch das für die Psychiatrie so wichtige und heute noch recht undankbare Kapitel der Prognose katatonischer Krankheiten beeinflussen. Die Prognose einer Psychose ist bei katatonischer Entstehung ungünstiger als bei

psychogener. Bekanntlich überstehen aber minderwertige Individuen, Hyponoiker stärkeren Grades öfter katatonische Anfälle, ohne besonderen Schaden davonzutragen, während sie bei Hypernoikern nur selten völlig ohne Defekt ausheilen. Wie in der Theorie der Psychosen schon erwähnt, führt die katatonische Noxe im ersteren Falle schon bei geringerer Intensität zu Krankheitserscheinungen, so dass katatonische Symptome einer hypernoischen Konstitution entsprechend prognostisch ungünstiger zu veranschlagen sind. Die klinischen Erfahrungen sprechen ferner dafür, dass die überwiegende Beteiligung eines primären Elementes an der katatonischen Erregung prognostisch günstiger ist als die gleichmässige Beteiligung der gesamten primären Funktion. Hemmungssymptome scheinen, wenn sie deutlich ausgebildet sind, die Prognose zu verschlechtern, doch bedarf gerade dieser Punkt noch gründlicher Bearbeitung. Er ist zunächst für die mit Hemmung beginnende Katatonie von Wichtigkeit, dann aber auch für die hysterischen Zustände mit Erschöpfung, also für gewisse Formen der traumatischen Neurose. Solange die serologische Erkennung der Katatonie noch aussteht, dürfte die psychologische Analyse in unserem Sinne auch hier wertvolle Dienste leisten.

Die hier aufgeworfenen Fragen stellen gewissermassen ein Programm für künftige Untersuchungen auf. Dasselbe kann wohl etwas kühn und phantastisch erscheinen und ich würde mich scheuen, solche Zukunftspläne auszusprechen, wenn nicht die Arbeit, die hier zu leisten wäre, meines Erachtens Erfolg verspräche, dabei aber die Kraft eines Einzelnen bei weitem überstiege. Ein Institut für psychiatrische Forschung ist im Entstehen begriffen. Sollte es nicht der Mühe wert sein zu erproben, ob sich unsere theoretischen Vorstellungen als nützlich erweisen?

Gegenüber der Auffassung von Jaspers, die uns einen Fortschritt zu erschweren scheint, möchten wir uns auf Fr. A. Lange berufen; „Die Idee ist für den Fortschritt der Wissenschaft so unentbehrlich wie die Tatsache. Sie führt nicht notwendig zu Metaphysik, obwohl sie jedesmal die Erfahrung überschreitet. Aus den Elementen der Erfahrung unbewusst und schnell, wie das Anschliessen eines Kristalls, hervorspringend, kann sie sich auf Erfahrung zurückbeziehen und ihre Bestätigung oder Verwerfung in der Erfahrung suchen¹⁾. „Nicht absolute Wahrheit“, führt Lange weiter aus, wird von der Idee gefordert, sondern „Brauchbarkeit, Verträglichkeit mit dem Zeugnis der Sinne in dem durch die Idee geforderten Experiment, entschiedenes Ueberge-

1) Fr. A. Lange, Geschichte des Materialismus. II. 2. II.

wicht über die entgegenstehenden Auffassungen — das genügt schon, um der Idee das Bürgerrecht im Reiche der Wissenschaft zu geben.“

Diese Forderungen sind dieselben, die wir an unsere Arbeitshypothese stellen und denen diese unseres Erachtens in hohem Masse genügt. Sie ist für die Psychiatrie geschaffen und ist für diese vor allem von Bedeutung, während sie gleichzeitig hier ihre wesentlichste Bestätigung findet. Ihre Anwendbarkeit erstreckt sich aber noch weiter. Wer sich die Grundlagen unserer Anschauung zu eigen gemacht hat, wird psychologische Fragen, wo sie sich auch darbieten, in etwas anderem Lichte ansehen als vorher. Eine ausführliche Darlegung uns vorbehaltend wollen wir hier nur, um falschen Schlüssen vorzubeugen, einige Hinweise geben.

Am nächsten liegt es wohl, das Problem der Willensfreiheit, dessen Bedeutung für die forensische Psychiatrie wie für die Ethik keines Beweises bedarf, zu betrachten. Wenn die Konstitution angeboren ist, die meisten psychischen Akte aber gemäss der Konstellation reflektorisch verlaufen, so entfällt offenbar jede Verantwortlichkeit des Individuums für seine Taten. Wir brauchen die guten Handlungen nicht zu bewundern und dürfen die Verbrechen nicht bestrafen, ja wir können auch nicht erwarten, dass die Erziehung einen erheblichen Einfluss ausübt. Denn alles, was der Mensch empfindet und fühlt, was er tut und denkt, ist durch die Struktur seines Zentralnervensystems bedingt. stellt gewissermassen einen Mechanismus dar, der unbeirrt, ohne Rücksicht auf Gesetz und Recht, auf Gut und Böse, seine Walze abspielen lässt.

Die Seele ist in der Tat einem Saitenspiel vergleichbar, das infolge einer geheimnisvollen Kraft ständig tönt, mal stärker, mal schwächer. Die Melodie stellt die herrschende Qualität dar, die andern sind die begleitenden Akkorde. Einfluss hat die Vergangenheit wie die Gegenwart, besonders aber die Bauart des Instruments. Nicht wir spielen auf diesem Instrument — dies Instrument sind wir. Und nur zum kleineren Teil lenken wir die Melodie nach unserem Willen. Die Erziehung will auch aus dem weniger edlen Instrument herausholen, was herauszuholen ist, das Gesetz unterdrückt mit Gewalt die störenden Disharmonien, die Ethik schafft durch Anerkennung und Bewunderung der Höchstleistungen das Streben, solche hervorzubringen.

Es wäre also völlig unberechtigt, unserer Anschauung entgegenhalten zu wollen, dass sie die pädagogischen Bestrebungen als illusorisch hinstelle, jede Untat entschuldige und jede ethische Tat ihres Wertes beraube. Das Gegenteil ist der Fall!

Allerdings kann Erziehung nur da etwas erreichen, wo etwas Erziehbares vorhanden ist. Wir halten es nicht für zweckmässig wie es leider vielfach üblich ist, grosse Mühe darauf zu verwenden, Idioten Dinge auswendig lernen zu lassen, die sie nicht verstehen. Das ist keine Erziehung, sondern Dressur! Erziehung kann nur darin bestehen, Vorstellungen zu bilden, an der Stärke der primären Funktion und ihrem Verhältnis zur sekundären kann sie nichts ändern. Vorstellungen lassen sich nur bilden und können nur dann das Handeln und Denken beeinflussen, wenn die sekundäre Funktion in gewissem Grade entwickelt ist. Unsere Anschauung wird uns also in der Auswahl der erziehbaren Individuen unterstützen und das Herausfinden der Unerziehbaren erleichtern. Diese Trennung ist bisher praktisch zu wenig durchgeführt. Es ist noch viel zu sehr von Zufälligkeiten abhängig, welche Psychopathen in die Irrenanstalt und welche in die Erziehungsanstalt kommen. Viel zu sehr hängt das einfach davon ab, ob die Gelegenheit zu einer strafbaren Handlung gegeben war oder nicht.

Verbrecher gibt es nur vom juristischen, nicht vom psychologischen Standpunkt. Der Begriff der freien Willensbestimmung, den das Gesetz noch immer zum Masstab der strafrechtlichen Verantwortlichkeit macht, trifft nicht das Wesentliche.

Jede Handlung, ob gut oder schlecht, kann auf zweifache Art zu erklären sein. Sie kann erstens der Konstitution entspringen. Dann wird das Individuum gegebenenfalls stets in derselben Weise reagieren, es ist unverbesserlich, unbelehrbar. Steht die Art der Reaktion (ihr Inhalt) in erheblichem Widerspruch zu den Interessen der Gesamtheit, die denen des Einzelnen vorangehen müssen, so bleibt nichts übrig, als sie mit Gewalt zu verhindern. Nicht Strafe sondern Internierung in einer Irrenanstalt ist hier angebracht.

Zweitens kann die Handlung durch krankhafte Erregung einer gewöhnlich nicht so stark reagierenden Konstitution ausgelöst werden. Hier ist die supprimäre oder sekundäre Entstehung der Erregung zu unterscheiden, bezüglich der Verantwortlichkeit aber kommt vor allem der Grad der Erregung in Betracht. Praktisch wurde wohl stets hierauf der grösste Wert gelegt und nicht die Frage beantwortet, ob Einschränkung oder Ausschluss der freien Willensbestimmung vorgelegen, sondern ob die Erregung stark genug war, um dies zu vermögen. Unsere Einteilung der Konstitutionen dürfte es erleichtern, die Wirkung eines bestimmten Reizes, sei er supprimär oder intrapsychisch, abzuschätzen und so mit grösserer Sicherheit als bisher zu bestimmen, ob die Grenze der Zurechnungsfähigkeit, im Sinne des Gesetzes, überschritten ist oder nicht.

Massgebend dafür, ob eine krankhafte oder eine strafbare Handlung vorliegt, ist unserer Auffassung nach die Stärke und Form der psychischen Kraft, die sie erforderte. War die Kraft gering, so handelte es sich um eine reflektorische Handlung, die also nicht strafbar sein kann. War die Kraft aber gross, so kann sie überwiegend primär oder überwiegend sekundär gewesen sein. In beiden Fällen liegt eine abnorme Reaktion vor. Nur wenn die Kraft erheblich, dabei aber das normale Verhalten $P:S$ gewahrt blieb, kann es sich um eine strafbare Tat handeln.

Der Staat interessiert sich vor allem für die schlechten Taten, der Psychologe aber muss von der moralischen Wertung absehen. Für ihn gibt es ebenso auch krankhafte gute Handlungen. Nicht jede gute Tat ist ethisch wertvoll, vielmehr gelten hier dieselben Bedingungen, die wir soeben für das Verbrechen aufgestellt haben. Ebenso wie es Verbrechen aus Schwäche und aus krankhafter Erregung gibt, entspringen dieser konstitutionellen und konstellativen Ursache sogenannte gute Handlungen. Diese können natürlich keinen Anspruch auf ethischen Wert haben, sondern sind mehr oder weniger krankhaft.

Eine Handlung gewinnt erst ethischen Wert, wenn die psychische Kraft, die sie hervorgebracht hat, von ungewöhnlicher Stärke aber von normaler Form gewesen ist. Nur dann wird sie auch von allen als ethisch anerkannt und gewürdigt. Nicht den nennen wir mutig, der berauscht in Kampf und Tod geht oder sich in religiöser Extase opfert, sondern den, der sich bewusst der Gefahr aussetzt unter Abwägung der ethischen Pflichten. Seine Handlungsweise erfordert die meiste psychische Kraft und steht daher am höchsten. Hier findet die Ethik ihre natürliche Begründung.

Einer der wenigen, die das eingesehen oder doch gefühlt haben, ist Dostojewski, der in dem „Idioten“ die krankhaften ethischen Handlungen in glänzender Weise behandelt. Es würde sich lohnen, die Charaktere dieses Werkes eingehend zu analysieren. Eine solche Betrachtung literarischer Werke erscheint uns fruchtbarer und interessanter als die sogenannte Pathographie, die aus den Werken den Charakter oder sogar die Krankheit des Verfassers erkennen will. Abgesehen davon, dass dies gewöhnlich auf einfachere Art und sicherer möglich sein wird, entbehrt diese Pseudowissenschaft auch jeder Grundlage. Selbst wenn man aus dem „Idioten“ nachweisen würde — was man ohnedies weiss —, dass Dostojewski an epileptischen Anfällen gelitten hat, wäre das kein grosser Gewinn. Es würde vor allem die geniale Behandlung des schwierigen Stoffes zwar nicht verkleinern, aber auch nicht richtig würdigen können. Dies aber wäre gerade die

Aufgabe der Psychologie, zu zeigen, wie aus Konstitution und Konstellation folgerichtig die Handlung entwickelt wird. Nur auf diese Weise kann aus solchem Werk eines Genies psychologisches Verständnis für das tägliche Leben gewonnen werden. Und es wäre wohl verdienstvoll, an den Werken literarischer Tagesberühmtheiten zu zeigen, wie wenig Abnung sie von psychologischen Dingen haben, und wie im Gegensatz dazu die unsterblichen Werke gerade durch ihre psychologische Wahrheit die Jahrhunderte überdauern und eine Quelle der Erkenntnis werden.

Mit Recht wirft Jodl¹⁾ der Arbeit von Moebius über J. S. Rousseau vor, dass sie nicht in die „Gedankenwelt des grossen Bahnbrechers“ eindringt. „Vom Pathologischen aus gelangt man nie zum Grossen, sondern immer nur zum Kleinen, Jämmerlichen; nie zum Unsterblichen, sondern immer nur zum Vergänglichen.“ Die zahlreichen Nachfolger von Moebius auf dem Irrwege der Pathographie haben dies Wort Jodl's immer wieder bestätigt. Den Psychiater aber muss es davor warnen, die Grenzen seiner Wissenschaft zu überschreiten.

Aus einem belletristischen literarischen Werke wird man ohne Zweifel eine Anzahl von Schlüssen auf die Intelligenz, das Wissen, die Gedankenwelt seines Urhebers ziehen können, ebenso wie aus den Reden eines Menschen. In erster Linie sollten aber die in dem Werk enthaltenen Gedanken interessieren, deren Wert unabhängig von dem des Autors zu beurteilen ist. Eher noch lassen die Werke der Musik und der bildenden Künste für den, der sich einfühlen kann, Schlüsse auf die psychische Konstitution ihres Schöpfers zu. Hier, wo Nachahmung und schöpferischer Trieb, Vorstellungen und primäre Akte leichter auseinander zu halten sind, könnte viel eher ein Zusammenhang zu konstruieren sein. Wir wollen aber nicht eine Pathographie der Musiker oder Maler hervorrufen, sondern nur auf die Tatsache hinweisen, dass auch der Wert dieser Werke der psychischen Intensität und Form entspricht, der sie ihre Entstehung verdanken.

Die vorliegenden Aufsätze greifen besonders dadurch über das Gebiet der psychischen Erkrankungen hinaus, dass sie das psychische Geschehen den anderen Lebenserscheinungen zwar als eine andere und höhere Form, aber doch als ein derselben Kraft entspringendes Phänomen angliedern. Dadurch verwischen wir die anscheinend so scharfen Grenzen zwischen Physischem und Psychischem, und während wir einerseits den Begriff des Psychischen weiter ausdehnen, als es gewöhnlich geschieht,

1) Jodl, Vom Lebenswege 4. „Rousseau im Lichte der Pathologie“, zuerst erschienen in der Neuen Freien Presse. 15. 11. 1903.

übertragen wir auch die sonst nur für die physischen Vorgänge angewendeten Erkenntnisse und Gesetze auf das Psychische.

Dann gilt nicht mehr, was von manchen betont wurde, dass der erste Gedanke, der die Materie durchzuckt, etwas völlig Neues, völlig Anderes darstellt als die bisherigen Prozesse. Dann ist psychisch und bewusst nicht mehr identisch, unbewusstes Psychisches dagegen keine *Contradictio in adjecto*, sondern es gibt mehr oder weniger bewusstes und unbewusstes psychisches Geschehen.

Das Charakteristische des Psychischen ist nicht mehr, dass es von dem Individuum bewusst erlebt wird, sondern dass sein Zentralnervensystem bei diesem Vorgang spezifische Energie verbraucht, spezifische Kraft produziert¹⁾. Wenn wir das Psychische als eine spezifische Energie des Zentralnervensystems definieren, müssen und können wir auch die Umkehrung gelten lassen und jede Reaktion als psychisch bezeichnen, bei der diese Energie auftritt.

Es ist in dem engen Zusammenhange der Naturvorgänge begründet, dass die Anschauung, die man sich von einem Teil derselben bildet, nicht auf diesen beschränkt bleiben kann, sondern sich entweder derjenigen, die man in Bezug auf die übrigen als richtig erkannt hat, unterordnen muss oder aber zum Fundament wird, auf dem man sich eine Weltanschauung aufbaut.

So könnten unsere Betrachtungen leicht dazu führen, den Zusammenhang von Leib und Seele oder den Ursprung des Denkens und andere Probleme zu erörtern, die über die mögliche Erfahrung hinausgehen. Es würde aber darin eine Verkennung der Tragweite unserer Theorie liegen.

Es kann nicht Aufgabe einer psychologischen Theorie sein, sich mit den angedeuteten, letzten Fragen überhaupt zu befassen. Durch die Annahme, dass wir es mit einer Form der Energie zu tun haben, schneiden wir uns die Möglichkeit ab, etwas anderes als Energie in dem psychischen Geschehen zu finden. Eine derartige Annahme kann weder bewiesen noch widerlegt werden. Sie dient dazu, sich über etwas Unerforschliches, über ein X zu verständigen. Es liesse sich nichts dagegen sagen, wenn jemand lieber annehmen wollte, das psy-

1) Die Begriffe Kraft und Energie sind zwar in der Physik verschieden zu definieren, bzw. zu gebrauchen. Sobald es sich aber um psychische Kraft und psychische Energie handelt, sind sie nicht scharf zu trennen, da die geleistete Arbeit bzw. die produzierte Kraft nicht messbar ist. Sachlich dürfte es an den hier dargelegten Anschauungen nichts ändern, wenn ein Unterschied zwischen den beiden Begriffen auch für die Psychologie konstruiert würde (z. B. Energie = Kraft \times Zeit).

chische Geschehen sei eine Form der Wellenbewegung oder Strahlung, vorausgesetzt, dass damit mehr erreicht würde. Die Ergebnisse sind hier ausschlaggebend. Welche Berechtigung unsere Annahme vom philosophischen, theologischen oder erkenntnistheoretischen Standpunkt hat, kümmert uns so wenig, wie den Astronomen die Frage, wo der Himmel sich befindet. Daher berühren uns auch keine Einwände, die von einem anderen als psychologischen Standpunkt erhoben werden könnten.

Wir können nicht beweisen, dass das Gesetz von der Erhaltung der Kraft auf die angenommene Umformung der supprimären in primäre oder sekundäre psychische Energie Anwendung findet oder hier eine Ausnahme erleidet. Es ist dies aber keine psychologische Frage. Die psychische Energie ist so wenig wie die chemische Affinität oder die Attraktionskraft der Materie weiter erklärbar.

Von anderen Erfahrungen ausgehend als Jodl, sind wir wohl in Einzelheiten auch zu anderen Ergebnissen gekommen und stellen Fragen in den Vordergrund, die der Darstellung der normalen Psychologie ferner liegen.

Es war mir noch vergönnt, Jodl selbst die „energetische Theorie der Psychosen“ vorlegen zu können. Er hat die Konsequenzen, die in ihr aus seiner Lehre gezogen worden sind, durchaus gebilligt. Und so bin ich auch der Ueberzeugung, dass die vorliegenden Aufsätze mit den Grundanschauungen der Jodl'schen Psychologie nirgends in Widerspruch stehen. Das erscheint mir von Wichtigkeit, wenn es mir auch fernliegt, die Verantwortung für die hier vertretene Auffassung klinischer Begriffe und psychopathologischer Zustände Jodl zuschieben zu wollen.

Die Auffassung der Träume, der Hypnose, der Halluzinationen u. a. weicht in mancher Hinsicht von der Jodl's ab. Diese Verschiedenheiten treten jedoch bereits in der früheren Arbeit hervor, ohne dass Jodl selbst Anstoss daran genommen hat. Sie sind gegenüber der Tatsache, dass die Einteilung des Psychischen von Jodl übernommen ist, unwesentlich. Diese Einteilung ist das Fundament der Theorie.

Eine eingehende Darstellung der vorhandenen Unterschiede, sowie des Verhältnisses der energetischen Psychologie zu anderen Systemen würde zu weit führen. Was uns von Wundt, Ziehen, Bleuler, Freud trennt, ist mehrfach hervorgehoben worden.

Hier sei nur noch darauf hingewiesen, dass sich unsere Anschauungen in einzelnen Punkten mit denen Schopenhauer's begegnen¹⁾, dass

1) Im Folgenden sind selbstverständlich nur die psychologischen, nicht die philosophischen Anschauungen Sch.'s gemeint, und zwar insbesondere der Aufsatz: Ueber den Willen in der Natur.

aber die Dreiteilung der primären Funktion die Welt nicht als Wille und Vorstellung anzusehen erlaubt, sondern dem Willen Gefühl und Empfindung gleichberechtigt zur Seite stellt. Die Aehnlichkeit liegt in der Heraushebung der Vorstellungen als einer höheren Stufe psychischer Akte.

Die supprimäre psychische Funktion lässt die drei Qualitäten Empfinden, Fühlen, Wollen nicht mehr erkennen, sie ist nur eine Form der Energie, an der man nichts als Intensitätsunterschiede wahrnehmen kann. Man sprach früher von Lebenskraft, für die Schopenhauer den Willen setzte. Von unserem Standpunkt können wir Schopenhauer hierin nicht zustimmen. Er gibt selbst zu, dass es nur eine Art von Willen sei, um die es sich hier handele, die unbewusste Spontaneität. Mit demselben Recht könnte man aber von unbewusster Empfindung oder Gefühl sprechen. Er belegt das Vorhandensein dieser Spontaneität für die Pflanzen mit Beispielen, aus denen sich das ohne Weiteres ergibt. Der Kürbis, der den nebenstehenden Wasserkübel findet, die Kartoffel, die dem Licht einen meterlangen Stengel entgegenstreckt, sie müssen ebensoviel Empfinden oder Gefühl haben als Willen. Es handelt sich stets um eine tiefere Stufe psychischer Entwicklung, um eine Kraft, auf die wir den Begriff des Psychischen nur in der das Unbewusste einschliessenden Form des supprimären anwenden.

Sobald wir uns aber Schopenhauer's Weltanschauung mit dieser Einschränkung ansehen, finden wir eine Reihe von Einzelheiten, mit denen wir in entsprechend modifizierter Form übereinstimmen. So vor allem den Satz, dass Wille nicht durch Erkenntnis bedingt sei, wohl aber Erkenntnis durch Wille. Wir müssen nur hinzufügen, dass es nicht der Wille allein ist, sondern ebenso auch die anderen beiden primären Qualitäten, so dass also Erkenntnis ohne diese nicht möglich ist.

Das Psychische zeigt auch nach Schopenhauer verschiedene Entwicklungsstufen, er glaubt aber, dass die alte Einteilung der Lebenskraft in Reproduktion, Irritabilität und Sensibilität seiner Auffassung nicht entgegenstehen, während dies doch in erheblichem Masse der Fall sein dürfte, will man der alten Anschauung nicht Gewalt antun.

Schopenhauer sieht bekanntlich in dem Willen das „Ding an sich“. Die Berechtigung dazu wollen wir dahingestellt sein lassen, nur sei hervorgehoben, dass die „supprimäre Funktion“ ein psychologischer Begriff ist, der uns die psychologischen Probleme klären, die Gedankenwelt mit den übrigen Lebenserscheinungen verbinden und so die Entstehung des Bewusstseins begreiflich machen soll, dass er aber nicht metaphysische Spekulationen irgendwie zu fördern geeignet ist.

Wenn wir also den supprimären Willen gelegentlich als „Willen an sich“ bezeichnet haben, so soll damit keine Parallele zu dem „Ding an sich“ gezogen werden. Der Begriff der supprimären Funktion umfasst ja ebenso die Qualitäten des Fühlens und Empfindens. Er ermöglicht der Psychologie, ihre besondere Anschauungsweise auch auf die Lebenserscheinungen auszudehnen, die bisher der Physiologie vorbehalten zu sein schienen, und so deren Untersuchungen zu ergänzen. Während sich die Physiologie auf die Erforschung der im Organismus wirksamen chemischen und physikalischen Kräfte beschränkt, ist Gegenstand der Psychologie die psychische Kraft.

So wenig wir die anderen Kräfte weiter erklären können, so wenig können wir die Entstehung der psychischen Kraft verstehen. Diese Tatsache kann aber unseres Erachtens die Ablehnung des Begriffes der psychischen Kraft nicht begründen, sie muss vielmehr dazu führen, ihn als gleich berechtigtes theoretisches Prinzip den anderen Kräften anzureihen. Nur wer der Meinung ist, die Physiologie werde früher oder später die Erscheinungen des Lebens restlos erklären, wird ihre Ergänzung durch die Psychologie für überflüssig halten.

Wir hoffen gezeigt zu haben, welcher Nutzen der Psychologie daraus erwächst, wenn sie den Begriff der psychischen Kraft in der Form der energetischen Theorie zur Anwendung bringt: eine Auffassung des psychischen Geschehens, die sich von metaphysischen Spekulationen frei hält und grade dadurch keinem Glauben und keiner philosophischen Betrachtung im Wege steht, eine Auffassung, die die Ergebnisse der Naturwissenschaft verwertet und damit selbst zu einem Zweig der Naturwissenschaft wird.

V.

Hysterische Dämmerzustände.

Von

Dr. Harald Siebert,

Nervenarzt und leitendem Arzt der psychiatrischen Abteilung
am Stadtkrankenhaus in Libau.

Für die Erkennung fast aller Krankheiten kann es als notwendige Forderung erachtet werden, dass das jeweilige zu beurteilende Bild mit einer Reihe früher gesehener, analoger oder ähnlicher Zustände verglichen wird, dass gewissermassen die „Erfahrung“ als für die Diagnose ausschlaggebendes Moment anzusehen ist. Es gilt dieses ganz besonders für die Vielgestaltigkeit der hysterischen Zustandsbilder; die Worte Krehls¹⁾: „Von einer scharfen Beobachtungsgabe, der Fähigkeit zu kombinieren und dem Besitz einer grossen Reihe von Erinnerungsbildern wird der Erfolg abhängen“ — haben daher nicht unwesentlichen Bezug auf die richtige Deutung eines so komplizierten Nerven- und Seelenleidens, wie wir es in der Gestalt der Hysterie vor uns haben. Fast jeder kritisch denkende Beobachter, der an die Behandlung hysterischer Störungen herantritt, ist sich darüber klar, dass wir eine einheitliche Definition des Hysteriebegriffs nicht haben, und dass deshalb auch die Beurteilung mancher Störungen an der abweichenden Auffassung der einzelnen untersuchenden Aerzte auseinander geht; andererseits meinen vielfach Verschiedene dasselbe, sagen nur Verschiedenes. Sondern wir nun die nebensächlichen Begriffe und ver-
gessen die Komponente einer jeden Auffassung, so bleibt dabei doch meist die eine gleiche Tatsache bestehen, dass auf verschiedenen Seiten der gleiche Grundgedanke anzutreffen ist.

Wenn ich auch die Frage der Definition der Hysterie keineswegs vom prinzipiellen Standpunkt aus anschneiden möchte, so muss doch in Kürze auf die grundlegenden Theorien über das Wesen dieser Krank-

1) Pathologische Physiologie. 1907. Vorwort.

heit hingewiesen werden. Während Möbius¹⁾, Cramer²⁾, Strümpell³⁾ und andere, bei der Beurteilung der Hysterie der Vorstellungen den wesentlichsten Teil beim Entstehen der Störungen, besonders den Veränderungen des Körpers zuschreiben, hebt Oppenheim⁴⁾ die gesteigerte Affekterregbarkeit und den krankhaft gesteigerten Einfluss der Gemütsbewegungen auf die diese in der Norm begleitenden motorischen, sensorischen, vasomotorischen und sekretorischen Funktionen hervor. Auch neuerdings betont Oppenheim⁵⁾, dass wir keine präzise, allgemein anerkannte Begriffsbestimmung der Hysterie besitzen. Als Grundphänomene bezeichnet er den abnormen Seelenzustand: die Reizbarkeit, den jähen, unmotorischen Stimmungswechsel, die Charakteranomalien, die Neigung zu explosiven Handlungen, ferner die Steigerung des Einflusses der Affekte auf die körperliche Sphäre in typischer Ausdrucksform, die Entstehung und Beseitigung körperlicher Symptome auf ideagenem bzw. psychogenem Wege und die damit in der Regel verknüpfte Unbeständigkeit der Erscheinungen. „Die einfache Steigerung der emotionellen Erregbarkeit ist kein Charakteristikum der Hysterie, sie kommt auch der Neurasthenie, dem neuropathischen Zustand schlechtweg zu. Erst die Art ihrer Aeusserung (Lach- und Weinkrämpfe usw.) und das grobe Missverhältnis zwischen Reiz und Wirkung verleiht ihr das hysterische Gepräge. Bei der Hysterie ist der Affekt nur die Gelegenheitsursache, während die Grundlage der durch ihn ausgelösten Krankheitserscheinungen in der Persönlichkeit, und zwar in erster Linie in der gesteigerten Erregbarkeit und dem gesteigerten Einfluss der Gemütsbewegungen auf die körperliche Sphäre beruht, ausserdem in der besonderen Physiognomie dieser Ausdrucksbewegungen, die sie durch die Fixation erhalten.“

O. Binswanger⁶⁾ hält den Beweis für unmöglich, dass alle hysterischen Krankheitsvorgänge auf eine psychologische Grundformel zurückzuführen seien. Er ist der Meinung, dass zwar alle hysterischen Krankheitserscheinungen durch psychische Vorgänge beeinflusst werden können, dass aber der Satz, die Hysterie entstehe ohne jede Ausnahme aus psychischen Vorgängen

1) Neurologische Beiträge. 1898. S. 68.

2) Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling. 1907. S. 274.

3) Spezielle Pathologie und Therapie. 1907. II. 753.

4) Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 7. Aufl. S. 1203.

5) Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen. Berlin. 1916. S. 191.

6) Die Hysterie. In Nothnagels Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. 1904. S. 14.

noch nicht bewiesen worden ist und auch nicht bewiesen werden kann. „Die hysterische Veränderung besteht darin, dass die gesetzmässigen Wechselbeziehungen zwischen der psychischen und materiellen Reihe gestört sind, und zwar in doppelter Richtung, auf der einen Seite fallen für bestimmte Reihen materieller Rindenerregungen die psychischen Parallelprozesse aus oder werden nur unvollständig durch jene geweckt; auf der anderen Seite entspricht einer materiellen Rindenerregung ein Uebermass psychischer Leistung, das die verschiedenartigsten Rückwirkungen auf die gesamten Innervationsvorgänge, die in der Rinde entstehen oder von ihr beherrscht werden, hervorruft“.

Sehr zurückhaltend verhält sich Reichardt¹⁾ bezüglich der Diagnosestellung auf Hysterie, auch er will mit Sommer²⁾, wenigstens dem Publikum gegenüber, lieber die Bezeichnung „Psychogenie“ angewandt wissen, zum mindesten um der weitverbreiteten Auffassung vom Zusammenhang zwischen dieser Neurose und den Sexualorganen (ἡ ὑστέρα- Gebärmutter) entgegenzutreten. „Was für das Wesen der Hysterie am meisten als charakteristisch gelten kann, ist die ausserordentlich gesteigerte Suggestibilität den äusseren Einflüssen, sowohl wie den eigenen Vorstellungen gegenüber“. Im Uebrigen akzeptiert Reichardt auch die Definition von Kraepelin³⁾. „Als wirklich einigermassen kennzeichnend dürfen wir vielleicht die ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Störungen wirksam zeigen: seien es Anästhesien, Parästhesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Sekretionsanomalien.“

Hellpach⁴⁾ betrachtet als die psychologische Grunderscheinung der Hysterie die intensive, extensive und qualitative Vermehrung der psychogenen psychischen Vorgänge (der Ausdrucksbewegungen im weitesten Sinne des Wortes) und ihre Disproportionalität zu den Gemütsbewegungen. Gegenüber der Psychogenie will er folgende Unterscheidung obwalten lassen⁵⁾: „psychogenisch ist einer, der krank sein kann, wenn er krank sein will, und so krank sein kann, wie er will — aber hysterisch erst einer, der (unter Aktualisierung solcher Potenzen) krank wird, weil er krank sein will.“

1) Leitfaden zur psychiatrischen Klinik. 1907. S. 192.

2) Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1894. S. 125.

3) Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. II. S. 684.

4) Lit. nach Oppenheim, Lehrb. der Nervenkr. II. S. 1209.

5) Die Physiognomie der Hysterischen. Neurol. Zentralbl. 1917. No. 15.

Den Unterschied der zuletzt genannten Begriffe habe ich auch in folgendem hervorgehoben¹⁾: „die meisten hysterischen Störungen sind psychogen bedingt, aber weit weniger psychogene Störungen sind hysterisch“. Auch ich bin der Ansicht²⁾, dass die Diagnose auf Hysterie viel zu oft gestellt wird, und will diese Diagnose nur für gewisse qualitative Veränderungen der psychisch-nervösen Funktionen reserviert wissen. Es erscheint mir daher unerlässlich, dass dafür die notwendigen Kriterien dieses Krankheitsbildes, wie das alterierte Vorstellungsleben und gesteigerte Affekterregbarkeit nachweisbar sind.

A. Behr³⁾ betont, dass „mit der Vorstellung krank zu sein, der Hysteriker den Wunsch verbindet krank zu sein“ — und Sokolowsky⁴⁾ hebt hervor: „der Simulant will krank scheinen, der Hysterische krank sein“, auch weiterhin: „der Hysterische findet in dem Kranksein den Rettungsanker für seine Minderwertigkeit, da er sich alsdann vom Kampf ums Dasein befreit glaubt und trotzdem eine Rolle spielt und die Beachtung findet, welche ihn allein befriedigt“.

An letzter Stelle soll noch in Kürze auf die Breuer-Freud'sche⁵⁾ Hysterieauffassung hingewiesen werden, welche ich, ob der ihr zeitweise wenigstens sehr weitgehend gezollten Anerkennung, der Erwähnung wert halte. Vom Begriff des „eingeklemmten Affektes“ ausgehend — hysterische Symptome verdanken nach Auffassung dieser Autoren ihre Entstehung bestimmten, vielfach dem Kranken selbst nicht erinnerlichen, erschütternden Ereignissen — waren sie bemüht durch die „Psychokatharsis“ das auslösende Ereignis, das „psychische Trauma“ in Hypnose festzustellen und durch „Abreagieren“ den Affekt zur Erledigung zu bringen. Auf dem Boden dieser Psychokatharsis kam Freud zur Auffassung von der Verdrängung und baute auf solchen Voraussetzungen seine Sexualtheorie auf, indem er annahm, bei seinen Beobachtungsobjekten bis in die zarteste Kindheit hinein sexuelle Traumata nach-

1) H. Siebert, Die Psychosen und Neurosen der Bevölkerung Kurlands. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73.

2) H. Siebert, Einige Bemerkungen über die allgemeinen Neurosen. Monatsschr. f. Psych. Bd. 35. H. 4. S. 400.

3) Ein Fall von Hysterie im Anschluss an Leuchtgaseinatmung. Wiener med. Wochenschr. 1896 H. 40—42.

4) Petersb. med. Wochenschr. 1895. No. 51 u. Zentralbl. f. Nervenheilk. und Psych. 1896. Juni.

5) Psych. Mechanismus hyster. Phänomene. Neurolog. Zentralbl. 1893. Studien über Hysterie. 1895. Leipzig u. Wien. Kleine Schriften zur Neurosenlehre. 1906.

weisen zu können, und sah die Hysterie als Folge dieser Erlebnisse an. Allgemein werden sowohl der Standpunkt Freud's, obgleich sich ein Autor wie Bleuler an dem Ausbau der Neurosenlehre auf Grundlage der Verdrängung der Komplexe lebhaft beteiligt hat, als erst recht die weitgehenden Schlüsse und Behauptungen der Schüler und Anhänger Freud's in ihren wesentlichen Punkten von den meisten deutschen Gelehrten und psychiatrischen Schulen abgelehnt, ich erwähne dabei lediglich Sommer¹⁾, Hoche²⁾, Oppenheim³⁾, Schultz⁴⁾ und andere. —

Durch den Begriff der Verdrängung und das überaus scharfe Hervorheben des sexuellen Moments unterscheidet sich die Breuer-Freud'sche Auffassung nicht nur in quantitativer, sondern hauptsächlich in qualitativer Hinsicht von den meisten anderen Hysterietheorien der deutschen Psychiater. Die Gefahr, welche eine solche Anschauung in sich birgt, ist nicht zum mindesten darin enthalten, dass man in den Fehler gerät, Symptome isolierter Natur zu verallgemeinern, Nebensächliches als Hauptsächliches zu betrachten und da kausale Zusammenhänge zu suchen, wo nicht ein Auf- oder Nacheinander der Erscheinungen besteht, sondern höchstens ein Nebeneinander derselben, während dem Begriff der Minderwertigkeit, welcher in den wesentlichsten Bestandteilen ein Charakteristikum der Hysterie an sich ist, durch das Suchen nach neuen Komplexen oder Definitionen, welche in anderen Worten dasselbe sagen, eine zu geringe Beachtung geschenkt wird. Während die motorischen, sensiblen und die vom vegetativen Nervensystem regulierten sekretorischen, vasomotorischen und trophischen Störungen einerseits, die Charakteranomalien, die perversen Äußerungen der Stimmung und die Perfidien — als psychische Störungen — andererseits, bald mehr isoliert, bald kombiniert, relativ häufige Anzeichen der erwähnten Psycho-Neurose darstellen, sehen wir in den Dämmerzuständen krankhafte Erscheinungen vor uns, wie solche durchaus nicht so alltäglich auftreten, dass sie ohne weiteres Bedenken als eisernes Inventar in den Beobachtungs- und Erfahrungsschatz der meisten Aerzte aufgenommen werden dürften. Folgen wir in der Frage des Vorkommens hysterischer Dämmerzustände Ziehen⁵⁾, so finden

1) Psychologische Untersuchungsmethoden. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. 1911. Bd. 6. S. 227.

2) Medizinische Klinik. 1910.

3) Lehrbuch der Nervenkrankh. 7. Aufl.

4) Ueber Psychoanalyse in gerichtsärztlicher Beziehung. Monatsschr. f. Psych. Bd. 36. H. 4. S. 296.

5) Psychiatrie. 1911. S. 524.

wir an der Spitze seiner diesbezüglichen Abhandlung, dass „diese hysterischen Dämmerzustände, ebenso wie die epileptischen, teils in engerer Beziehung zu einem hysterischen Krampfanfall (prä- oder postparoxysmell, oder auch intraparoxysmell) oder freistehend vorkommen“. Ich will dann einiges hervorheben, was gerade Ziehen, der meiner Ansicht nach die klarste und am meisten umrissene Darstellung dieser psychotischen Symptomenkomplexe gegeben, als wesentlich betont: meist treten die hysterischen Dämmerzustände erst nach Vorbestehen jahrelanger, anderweitiger hysterischer Symptome auf, selten ist es, wenn der Dämmerzustand die erste erkennbare Äusserung der bis dahin „latenten“ Hysterie darstellt; öfter, als die epileptischen, schliessen sich die hysterischen Dämmerzustände unmittelbar oder nach einer mehrstündigen oder mehrtägigen Latenzzeit an eine Affekterregung — „gefühlbetontes Ereignis“ — an.

Da die epileptischen Dämmerzustände die häufigsten dieser Spezies von krankhaften Seelenäusserungen sind, richtet sich naturgemäss unser diagnostisches Augenmerk in erster Linie auf diese, den hysterischen homologen, Erscheinungen. Auch in der Diagnose sei die Ansicht Ziehens wiedergegeben: „alle Zeichen sind nicht untrüglich, am wertvollsten ist im Sinne der hysterischen Störung die Beeinflussbarkeit durch Suggestionen, ferner sprechen gegen epileptischen Dämmerzustand und für hysterischen:

1. Remittierender Verlauf;
2. Allmähliches Abklingen;
3. Theatralische Nuancierung der Affekte;
4. Romanhafter Zusammenhang der Sinnestäuschungen und Beziehung auf ein dem Dämmerzustand vorausgehendes gefühlbetontes Erlebnis;
5. Ausgesprochene hysterische Symptome;
6. Selbstverständlich interkurrente hysterische Anfälle;
- 7 Suggestive Beeinflussbarkeit.

Nabe verwandt den hysterischen Dämmerzuständen sind die hysterischen Delirien. Sie unterscheiden sich von den Dämmerzuständen nur dadurch, dass sie erstens ausgesprochener remittierend zu sein pflegen, dass sie zweitens am Anfang und am Schluss nicht so scharf abgegrenzt sind, dass drittens die Assoziations- und Orientierungsstörung viel oberflächlicher ist und dass viertens die Amnesie fehlt.“ Solch eine Unterscheidung ist aus mehr als einem Grunde richtig, soweit sie sich eben nur immer anstellen lässt, in der Mehrzahl der Fälle dürfte jedoch bei genauer Analyse der Erscheinungen diese Abgrenzung durchführbar sein.

Dem Begriff der für solche Zustände erforderlichen Differentialdiagnose wird auch Wernicke¹⁾ gerecht, indem er als Hauptmerkmal der hysterischen Dämmerzustände „nicht sowohl die Benommenheit des Sensoriums“, als die totale allopsychische „Desorientierung“ hervorhebt, wobei sich die Kranken einer traumhaft veränderten, meist sehr affektiv gefärbten Situation entsprechend verhalten, andererseits steht Wernicke auf dem Standpunkt²⁾, dass Zustände von doppeltem oder auch alternierendem Bewusstsein oft auch unzweckmässig als Dämmerzustände bezeichnet werden, da „das Sensorium dabei anscheinend wohl erhalten ist, es sich gewissermassen um eine Unterbrechung der Kontinuität in dem Bewusstsein handelt, derart, dass zwei von einander ganz verschiedene Persönlichkeiten sich gegenseitig ablösen, die eine an die Stelle der anderen tritt. Die Unabhängigkeit der einen Persönlichkeit von der anderen beschränkt sich dabei nicht auf die Auswahl bestimmter Erinnerungen, sondern auf das Gebiet der Interessen, Neigungen und Abneigungen, Charaktereigenschaften und dergl. mehr, so dass ein bisher untadelhafter Charakter in dem zweiten Zustande die Gemütsverfassung eines vertierten Verbrechers darstellen kann.“

Diesen Zuständen gegenüber nimmt nun Wernicke den Standpunkt ein, dass ihre Tatsächlichkeit nicht angetastet werden soll, und auch ihr theoretisches Interesse nicht zu leugnen sei, doch scheinen sie zum Teil Kunstprodukte hypnotischer Suggestion zu sein und sind ausserdem so selten — so hatte er selbst nie einen solchen Fall zu Gesicht bekommen — dass sie für das praktische Leben keine wesentliche Bedeutung besitzen. K. Rieger³⁾ erwähnt aus Schröder van der Kolk's „Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten“ einen Fall, wobei ein junges Mädchen alternierend und in photographischer Regel- und Gesetzmässigkeit an einem Tage ein kindisch-läppisches Wesen aufwies, während sie am nächstfolgenden Tage vollkommen geordnet und besonnen war. Die Erinnerungslosigkeit ging bei der Kranken so weit, dass ihr Gedächtnis stets vom hellen zum übernächsten hellen Tage korrespondierte. Sie begann z. B. am läppischen oder kindischen Tage französisch zu lernen, während sie am luziden Tage ganz fliessend sprach; dasselbe wiederholte sich auch in bezug auf Erkennen bzw. Wiedererkennen von Personen und die umgebenden Verhältnisse. Rieger knüpft hieran die Bemerkung: „Das

1) Grundriss der Psychiatrie. 1906. S. 496.

2) Dasselbst S. 299.

3) Der Hypnotismus. Jena 1884. S. 99.

eben Erzählte klingt ganz fabelhaft, die Autorität des Berichterstatters ist aber eine zu gute, der Bericht selbst zu bestimmt und ausführlich, als dass wir ihn in Zweifel ziehen dürften. Bei einem so exquisiten „doppelten Bewusstsein“ ist eine einheitliche Persönlichkeit gar nicht mehr möglich, solchen Individuen gegenüber hören derartige vom normalen psychischen Leben hergenommene Begriffe einfach auf“. Sehr beachtenswert ist die Auffassung Rieger's, dass, wie überall in psychologischen und psychiatrischen Zuständen, es keine scharfe Grenze zwischen erhaltener und völlig aufgehobener Erinnerung gibt, sondern nur gradweise Uebergänge zwischen beiden.

I.

Ich selbst bin vor kurzer Zeit in der Lage gewesen einen ähnlichen, aber selbstverständlich keineswegs so ausgesprochenen, Fall von alternierendem Bewusstsein zu beobachten.

Das 24jährige Fräulein L. wurde mir von ihren Angehörigen zwecks Untersuchung und Begutachtung zugeführt. Die Vorgeschichte ergab keine wesentliche hereditäre Belastung, die Entwicklung der jungen Dame war in der Jugend glatt vor sich gegangen, sie hatte nie viel an körperlichen Krankheiten zu laborieren gehabt, gute Fähigkeiten wies sie auf allen für sie in Frage kommenden Gebieten auf, lernte fleissig, war im Hause als hilfsbereit und fleissig bekannt. Mit 13 Jahren — die Menses bestehen seit dem 15ten Lebensjahre — stellten sich nervöse Reizzustände ein, welche anscheinend nicht eine psychologisch begründete Ursache besaßen, sie lachte und weinte ohne Veranlassung und konnte dann nur mit Mühe beruhigt werden. Die Pubertätszeit wurde gut überstanden, die erwähnten Anfälle wiederholten sich nicht mehr.

Mit 19 Jahren verlobte sie sich, nach zwei Jahren teilte ihr der Bräutigam schriftlich mit, dass er nicht in der Lage sei das Verlöbniß aufrecht zu erhalten. Bald nach diesem Vorfall setzte das unten zu schildernde Krankheitsbild ein.

Unter dem Bilde einer schweren psycho-motorischen Erregung, als einleitender Erscheinung, veränderte sich der Bewusstseinszustand der Kranken in auffälligster Weise. Während sie bis zum Ausbruch dieses Paroxysmus, welcher in lebhaftem zuckendem Spiel einzelner Muskelgebiete, im Haarraufen und lauten Schreien bestand, mit ihrer Umgebung in vollkommenem geistigen Konnex sich befand, an der Unterhaltung in sachgemässer und geordneter Weise teilnahm, kurzum nach allen Richtungen hin besonnen und geordnet erschien, veränderte das Einsetzen dieses Exzitationsstadiums gänzlich die ganze Persönlichkeit. Schon im Verlauf der motorischen Reizzustände schien das Bewusstsein sich gewaltig verändert zu haben, wie dieses durch die Ausdrucksbewegungen (Blick) unzweideutig dokumentierte; mit Nachlassen der sichtbaren körperlichen Phänomene, welche von durchaus wechselnder Dauer, bis zu einer

halben Stunde und mehr, waren, trat die Veränderung des Bewusstseins offensichtlich zu Tage: die Kranke war ihrer Umgebung anscheinend gänzlich fern, sprach wohl die sie umgebenden Personen an, schien jedoch für die Umgebung selbst und den Ort keine präzise Vorstellung zu bilden. Die Sprechweise war geordnet und ruhig, Akoasmen liessen sich nicht nachweisen, wohl aber fiel eine Personenverwechslung auf, indem sie einzelne, jedoch nicht alle, gerade anwesende männliche Verwandte als ihren ehemaligen Bräutigam ansprach, und sich mit ihnen in lebhaftes Gespräch einliess. Eine besonders gesteigerte Affektivität konnte während dieser Gespräche nicht beobachtet werden, weder dass sie ihm Untreue oder Wortbrüchigkeit vorwarf, oder in Zorn geriet, noch dass eine besonders traurige oder heitere Stimmungslage dabei auftrat. Sie spielte auch komplizierte Klavierstücke und legte dabei musikalisches Verständnis an den Tag. Den Abschluss dieses veränderten Gemütsverhaltens, welches bis zu mehreren Stunden andauerte, bildete eine grosse Müdigkeit, der Kranken begannen die Augenlider schwer zu werden, sie zeigte gehemmte und trägere Bewegungen und begab sich meist spontan in ihr Zimmer, wo sie sich dann hinlegte und fest einschlief. Gewalttätigkeiten oder Drohungen gegen ihre Umgebung sind nie beobachtet worden, desgleichen niemals die Neigung zum Selbstmord. Beim Erwachen vom Schlaf bestand stets eine vollkommene Amnesie für die durchgemachte Episode, das Gedächtnis korrespondierte fast völlig lückenlos mit der Zeit kurz vor Einsetzen der Attacke, ohne dass die Kranke jedoch irgend eine Rechenschaft über das, vom veränderten Bewusstsein ausgefüllte, Intervall abzugeben imstande war. Der Versuch eines Neurologen im Höhestadium der Bewusstseinsveränderung Hypnose einzuleiten, missglückte zu wiederholten Malen, wie überhaupt ziemlich jede Art einer Therapie — Suggestion, Sanatorium, Milieuwechsel — sich als refraktär erwies. Auffallend war aber das Phänomen, dass das Bewusstsein des Fräuleins wiederholt während des krankhaften Zustandes mit der vorhergehenden Attacke korrespondierte, und der Gedankengang gewissermassen im neuen Anfall vom vorhergehenden weitergesponnen wurde, während sie im luziden Zustand nichts mehr vom kurz bevor durchgemachten zu wissen angab: Sie führte ihre Gespräche fort, konnte die gleichen Musikstücke vorspielen und dergleichen mehr.

Diese Gemütsstörung dürfte nun nach genauer Analyse des Falles als eine bedingt hysterische aufgefasst und angesprochen werden, es ist vieles in derselben enthalten, was an den oben von Rieger erwähnten Fall Schroeder van der Kolk's erinnert, so das sonderbare Korrespondieren im Gedächtnis von einer Attacke zur anderen, bei gänzlicher Amnesie hierfür im luziden Zustande. Sowohl das Gesamtbild, wie auch das Anknüpfungsvermögen an die letztvorhergehende Störung spricht gegen einen epileptischen Zustand. Für hysterische Affektion kann ferner angeführt werden eine Reihe neuro-somatischer Phänomene, wie gelegentlicher Globus, unter dem Einfluss emotioneller Momente entstehende muskuläre Zuckungen und eine ausgesprochene

Herabsetzung aller Gefühlsqualitäten, besonders der Schmerzempfindung an der ganzen linken Körperhälfte „vom Scheitel bis zur Sohle“. Die Frage, welche hier bei der Beurteilung des Gesamtzustandes dringend gestellt werden muss, ist derart, ob und wie weit diese Bewusstseinsstörungen durch die Umgebung bzw. ein lebhaftes Interesse desselben an diesen Zuständen gefördert werden. Es spielt dieser Umstand hier sicher eine mitbestimmende Rolle, wenn auch wohl nicht die ausschlaggebende. Die Störung an sich macht, wenn man das Einsetzen derselben einmal genau studiert, durchaus den Eindruck einer primären Affektion der Geistesqualitäten und des Geistesgeschehens: das mit vollkommener Sicherheit zu erwartende Schwinden der richtigen Vorstellungen im Raum — die allopsychische Veränderung —, das Personenverkennen und der auffallende Wechsel im Inhalt des Blicks, den ich als Störung in der Innervation der mimischen Muskulatur betrachte —, sind Erscheinungen, die nach allen Richtungen hin die psychische Alienation als solche kennzeichnen. Vielseitige Behandlung, Aufenthalt im Sanatorium und manches mehr haben jedoch diese Erkrankung nicht beeinflussen können. Zugegeben auch, dass bis jetzt kein Arzt so weit im Besitz suggestiven Einflusses gewesen ist, um die Psychose am rechten Fleck noch in nötiger Weise zu packen, so hat dieses Moment sicherlich nur die Bedeutung rein quantitativer Natur. Das auffallende Korrespondieren im Gedächtnis während der einzelnen Attacken dürfte vielleicht auf Kosten äusserer, suggestiver Einflüsse geschrieben werden; möglich, dass durch frivoles Experimentieren der Angehörigen die Zustände eine ungeahnte Steigerung erfahren hatten, und dass auf diesem Gebiet auch therapeutisch etwas zu erreichen wäre. An sich halte ich hier Heilversuche nach Art der Psychoanalyse nicht für gerechtfertigt. Dass ein sexuelles (vielleicht unbefriedigtes und unerreichtes) affektives Moment hier eine Rolle spielt, ist wahrscheinlich, besitzt sicher eine relativ nebensächliche Bedeutung gegenüber den bereits vor der Pubertät aufgetretenen nervösen Allgemeinstörungen. Jedenfalls dürfte hier sicherlich ein Herumwühlen im Unbewussten und Unterbewussten auf sexueller oder überhaupt erotischer Grundlage, unter eventueller Heranziehung des „psychischen Traumas“ — der gelösten Verlobung —, kaum als die geeignete Psychotherapie erscheinen.

Ich benutze die Bezeichnung Hysterie für die Störungen des Fräulein L. deshalb, weil sie an sich eine Reihe hysterischer — *sit venia verbo* — Anzeichen darbietet. Ob die beobachteten transitorischen Veränderungen der Geistestätigkeit als hysterische anzusehen sind, ist eine Frage, welche ich, trotz gewisser Bedenken, im bejahenden Sinne beantworten möchte, teils weil die Störung überhaupt schwer in ein fest

umrissenes Krankheitsbild hineinpasst, teils weil die Grenzen des Hysteriebegriffs eben sehr weite sind. — Ich will hier auf die überaus merkwürdige Erscheinung der von Reichardt¹⁾ beschriebenen Marianne Illig hinweisen, wo sich periodische Hirnblindheit und Verwirrtheit, besonders in räumlicher und zeitlicher Hinsicht paarten. Der Fall Illig konnte nicht guterdings glatt als Hysterie bezeichnet werden. Wenn ich auch ohne Bedenken im Fall L. von Dämmerzuständen spreche und keineswegs eine so strenge Kritik in bezug auf die diesbezügliche Auffassung obwalten lasse, wie dieses Wernicke in der oben erwähnten Weise tut, so ist im Gesetzmässigen und in der Gleichartigkeit der Störung, welche, ohne sich durch Stereotypen oder Verschrobenheiten im engeren Sinne auszuzeichnen, deutlich zu Tage treten, doch ein prinzipieller Gegensatz zu den weiter unten zu beschreibenden genuine hysterischen Dämmerzuständen zu erblicken, welche stets ein gewisses mehr affektvolles Gepräge aufwiesen. Die Unmöglichkeit bei Fräulein L., die Situationen durch Suggestion in weiterem Masse umzustalten, ist auch für mich ein Grund, neben den sicher hysterischen Zügen und Eigenarten, nicht näher präzisierbare psychoneurotische Störungen anzunehmen. Eine Epilepsie kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden, desgleichen muss ich das Bestehen sonstiger wohlbekannter und genau definierbarer affektiver oder intellektueller Seelenstörungen ausschliessen, — es wäre eben ein eigenartiges Krankheitsbild von luzidem Verhalten und Dämmerzuständen, bei welchen jedenfalls das hysterische Moment ausschlaggebend ist.

Bevor ich mich der Betrachtung der weiteren hysterischen Dämmerzustände zuwende, soll noch in Kürze in gewisser Hinsicht der Symptomatologie dieser krankhaften Äusserungen gedacht werden. In einer Arbeit „über die Psychosen und Neurosen der Bevölkerung Kurlands“²⁾ habe ich auf die recht beträchtliche Reihe meiner Beobachtungen auf dem Gebiet der hysterischen Dämmerzustände hingewiesen und betonte direkt, dass ich mich in bezug auf Anerkennung eines solchen, ganz besonders in forensischer Hinsicht, der äussersten Vorsicht und Zurückhaltung befleissigt habe. In der Regel sprach ich nur solche Geistesstörungen als Dämmerzustände an, wenn auch in der Tat nachgewiesenermassen die Kriterien der hysterischen Konstitution vorhanden waren. Ich muss betonen, dass ich nie in der Lage war und vielleicht auch nicht im Stande wäre, eine bis dahin latente Hysterie, welche sich durch einen Dämmerzustand der Umgebung kund gibt, von einer simu-

1) Arbeiten aus der psych. Klinik zu Würzburg. H. 8. S. 730.

2) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73.

lierten Störung unterscheiden zu können, falls bei der dieses Leiden vortäuschenden Persönlichkeit in der Tat gewisse für Hysterie sprechende Anzeichen bestehen. Ich habe bisher auch keinen einzigen Diebstahl, als im hysterischen Dämmerzustand begangen und deshalb der freien Willensbestimmung bar, in gerichtlicher Hinsicht zur Begutachtung gehabt. Die derartigen Fälle waren teils (anscheinend) simuliert, teils war keineswegs ein so tiefer Erinnerungsdefekt vorhanden, dass man die Anwendung der entsprechenden Schutzparagraphen zubilligen konnte, hingegen habe ich eine recht grosse Anzahl von hysterischen Dämmerzuständen, wo für die Auslösung derselben emotionelle Momente mit spielten, beobachtet; die Dämmerzustände setzten dann als prompte Reaktion auf ein reizendes Etwas ein, im Verlauf — meist zu Beginn führte das betreffende Objekt eine Gewalthandlung aus oder zeigte sich zerstörungswütig. Solche Erregungen dauerten dann meist mehrere Stunden bis zu anderthalb Tagen in einem Fall, so dass das klinische Bild, auch vor Festlegung der dämmerhaften Bewusstseinsstörung genau den Weg für die folgerichtige Beurteilung wies. Auf Grund meines Materials muss ich dabei von einem gänzlichen Versagen des Ganser'schen Symptoms¹⁾ sprechen. Das Fixieren einzelner Kranker und das Anhalten zu einem geordneten Antworten war gelegentlich schwer, oder gar, wegen allopsychischer Verwirrtheit, unmöglich, ein regelrechtes Vorbeireden ist mir in der von Ganser betonten Weise nicht begegnet, wobei ja sicherlich die Verschiedenheit des Materials eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen dürfte. Ich glaube nicht, dass ich einen zu laienhaften Standpunkt einnehme, wenn ich der Ansicht bin, dass das Ganser'sche Symptom, dessen grosse nosologische und psychologische Bedeutung keineswegs abgestritten werden soll und darf, doch bereits das Allgemeingut vieler Psychopathen, Minderwertiger, überhaupt unsozialer Persönlichkeiten, ja auch genuiner Hysteriker, geworden ist, welche mit demselben bei passender oder unpassender Gelegenheit operieren und von demselben gegebenen Falles Gebrauch machen.

II.

Anna D., 35 Jahre alt, russischer Nationalität, Frau eines russischen Obersten. Die Mutter der Kranken litt an schwerer Hysterie, welche sich im wesentlichen in Form von gehäuften Anfällen äusserte. Sie war viele Jahre hindurch Patientin von Charcot. Die Tochter Anna ist das einzige Kind, sie zeigte von frühester Jugend auf ausgesprochene neuropathische Züge, wie Reizbarkeit, nächtliche Schreianfälle und Tics universeller Art. Bei Eintritt der

1) Arch. f. Psych. Bd. 30 und 38.

Pubertät schwanden diese nervösen Zustände gänzlich, mit 20 Jahren stellten sich die ersten für Hysterie charakteristischen Erscheinungen ein. Sichtlich ohne irgend einen psychogenen Anlass bekam sie plötzlich Weinkrämpfe und muskuläre Uebererregbarkeit. Trotz sachgemässer Behandlung kehrten solche Anfälle alle Monate etwa, jedoch in keinem Zusammenhang mit den Menses, wieder. Ausser diesen sehr hervortretenden Symptomen beherrschte eine sehr wechselnde Stimmungslage, eine groteske Launenhaftigkeit und Sprunghaftigkeit das Wesen der Anna D., daneben liessen sich vielfach bedeutungslose Anzeichen von untergeordnetem Wert, wie Globus, Gefühlsstörungen u. a. nachweisen. Nach Angaben sehr hervorragender Neurologen war die Kranke ein schwer zu behandelndes und wenig beeinflussbares Objekt. In der Ehe, die sie mit 25 Jahren einging, besserte sich die Krankheit recht beträchtlich, jedenfalls verloren sich die schweren Anfälle in kaum weiter bemerkbarer Art; der Mann übte anscheinend einen beruhigenden und ausgleichenden Einfluss auf die disharmonischen Eigenschaften aus.

Erregungen, besonders bei kleinen Streitigkeiten, traten oft auf, Dämmerzustände sind früher nie beobachtet worden. Zwei Geburten wurden glatt überstanden, die Kinder, 8 und 6 Jahre alt, sind gesund, zeigen einstweilen keinerlei psycho-neuropathische Züge oder Gefplogenheiten. Im Juli 1912 schwerer Herpes zoster beiderseits, die Interkostalnerven X, XI und XII waren befallen. Oktober 1912 allgemeine Urtikaria, welche in einigen Tagen, angeblich nach suggestiver Behandlung abklang.

Januar 1913 — in keinem Zusammenhang mit den Menses — setzte der erste, unten zu beschreibende Dämmerzustand ein. Anlass zur psychischen Erregung gab eine an sich sachlich geführte Auseinandersetzung mit dem Mann, welcher seiner Frau nicht auf der Stelle die Einwilligung gab zu ihrer Mutter nach Petersburg zu reisen und sie bat etwas zu warten, besonders da die Reise eben, in Hinblick auf die Erziehung der Kinder, inopportun erschien. Hierauf ging der Mann zum Dienst. Frau D., welche bis dahin ganz ruhig und besonnen gesprochen, nur ihren äusserst dringenden Wunsch nach der Reise geäussert, rief das Dienstmädchen, liess sich ihre Kleider bringen und erklärte, dass sie zu ihrer Mutter verreisen wolle. Sie hatte sich ganz ordnungsgemäss angezogen und sprach ruhig, so dass das Dienstmädchen sich nichts bei diesem Ausspruch dachte. Von Hause ging sie direkt zum russischen Polizeipräsidenten, der sie auf Grund persönlicher Bekanntschaft auch umgehend empfing, und meldete demselben ruhig und in sicher vorgetragener Weise, dass ihr Mann sie heute früh vergiften wollte und seine Absicht um die Mittagszeit sicher realisieren würde, falls die Polizei nicht vorher seine Verhaftung vornehme. Sie schilderte dabei bis ins kleinste und genaueste die Art, wie der Mann die Manipulationen vorgenommen habe, dass in ihren Worten durchaus der Charakter der Wahrscheinlichkeit enthalten zu sein schien. Immerhin glaubte der Beamte derselben nicht blindlings, versprach ihr Obacht zu geben und liess dabei Frau D. nach Verlassen des Hauses unauffällig verfolgen. Sie begab sich darauf zur Kirche, wo gerade eine gottesdienstliche Handlung stattfand, der sie etwa innerhalb einer halben Stunde

beiwohnte; nach Schluss derselben suchte sie den Popen auf und beichtete ihm eine Reihe von Sünden: dass sie ihren Mann betrüge, ihre Kinder umbringen wolle und dergleichen mehr. Hierauf bestieg sie eine Droschke, fuhr zum Bahnhof und trat dortselbst an den geschlossenen Fahrkartenschalter und verlangte mehrfach mit lauter Stimme, so dass die anwesenden Personen ringsum aufmerksam wurden, ein Billett nach Petersburg. Hierauf sank sie plötzlich ohnmächtig zu Boden und wurde vom Schutzmann, der sie die Zeit über beobachtet, nach Hause gebracht.

Bei meinem Eintreffen fand ich die Kranke unter dem Bilde eines stuporösen Zustandes. Lider krampfhaft geschlossen, Bulbi nach oben verzogen, Pupillen rechts gleich links, schlaff-hypotonisches Verhalten der quergestreiften Muskulatur, alle Reflexe ungestört, dabei gänzliche Analgesie der Hautdecken. Herztätigkeit leicht beschleunigt — 92 Pulse¹⁾. Bei Einatmen von NH_3 sofortiges Erwachen vom Stupor, die Kranke richtete sich auf, blickte erstaunt auf den Arzt und fragte, wozu er hergekommen und was ihr fehlen solle. Sie hatte weder gleich noch später jemals eine subjektive Erinnerung an alle Vorfälle, an ihre eigenen Handlungen und Aeusserungen; auch ein genaues Referieren über dieselben war nicht imstande in ihr die Vorgänge ins Gedächtnis zu rufen, sie erschienen ihr sämtlich so absurd, kritiklos und unverständlich, dass sie das Faktum derselben kaum glauben wollte. Sie wusste nichts davon, dass sie ihr Haus verlassen, dabei war die Erinnerungslosigkeit so weit retrograd, dass sie sich nicht einmal der Gespräche mit dem Mann kurz vor Ausbruch des Dämmerzustandes entsinnen konnte. Die Entstehung dieser Störung war anscheinend eine langsame, sie muss aus dem vollen Bewusstsein allmählich in den schleierhaften Dämmerzustand mit völliger Amnesie hinübergeführt haben. Diese Erinnerungslosigkeit brachte es auch mit sich, dass die Frage nach eventuellen Sinnestäuschungen, welche das ganze Handeln möglicher Weise geleitet oder die wahnhaften Empfindungen in gewisser Richtung geformt, sich als vollkommen illusorisch erwies. Vortäuschung war hier gänzlich ausgeschlossen, es wäre zwecklos gewesen solche Handlungen zum Schein zu ersinnen, zudem waren dieselben bizarr und sprachen von einer inneren seelischen Disharmonie. Beim Abklingen der Erscheinungen war die geistige Genesung von den krankhaften Symptomen des Dämmerzustandes eine gänzliche, in jeder Richtung vollkommene, das Pathologische war wie abgeschüttelt.

Die transitorische Störung hatte 6—7 Stunden gedauert, eine Anstaltsbehandlung erwies sich nicht als notwendig.

Bis zum Januar 1915, wo ich die Kranke letztmalig untersuchte, haben sich keine weiteren psychotischen Episoden, wie die oben geschilderte, wiederholt, ob für späterhin muss naturgemäss als unentschieden hingestellt werden; die hysterische Konstitution bleibt bestehen,

1) Vgl. Chr. Siebert, Zur Kasuistik der lethargo-kataleptischen Zustände. Petersburger med. Wochenschr. 1910. Nr. 36.

und daher ist die Wiederholung eines Dämmerzustandes als durchaus im Betracht der Möglichkeit liegend anzusehen, in dem Sinne lautet auch die Prognose den Angehörigen gegenüber. Ein Krankheitsgefühl hatte Frau D. in ausgesprochener Weise, die ihr gemachte Schilderung des Vorkommnisses gewährt der hoch intelligenten Persönlichkeit sich vollkommen in das Schleierhafte und Rätselhafte der Episode hineinzufinden, jedoch ist das Krankheitsbewusstsein in der Hinsicht nur ein partielles, weil die Erinnerungsbilder für die Ereignisse jedenfalls in den liquiden Bewusstseinsvorgängen nicht beliebig nach subjektivem Ermessen zur Disposition gestellt werden können, hingegen hat sich auf Grund der objektiven Darlegungen eine vollkommene Krankheits-einsicht gebildet. Im Gegensatz zu Paranoischen, welche gelegentlich wohl ein Krankheitsbewusstsein besitzen können, da sie auch im Stande sind, kraft ihrer Besonnenheit die Wahnbildung sich selbst vorzuhalten und über jeden (wahnhaften) Gedanken ihre ganze Verstandestätigkeit und Kombinationsgabe ins Gewicht zu legen, jedoch trotzdem keine Einsicht für das Falsche und Verkehrte ihrer Denkweise besitzen, hat unsere erwähnte Kranke trotz Fehlens der Erinnerung, für die Episode ihrer Wahnbildung, die beste Einsicht für das Unsinnige ihrer falschen Gedanken. Hierin liegt eben der, meines Erachtens, grundsätzliche Gegensatz zwischen den dämmerhaften, durch Suggestionen verschiedener Art herausgeforderten, Wahnideen und der stabilen Wahnbildung im Gefüge der funktionellen — nach unserer heutigen Auffassung und Klassifikation — Psychosen.

Im konkreten Fall hier lässt sich die schwerwiegende Bedeutung des auslösenden Moments nicht sicher herauschälen. Ist in der Tat der Umstand, dass der Mann ganz mit Recht die gewünschte Reise abschlug, Grund genug, um den ersten Dämmerzustand, zudem so schwerer Natur, auszulösen? Darf man hier etwa in dieser Reaktionsform einen „eingeklemmten Affekt“ nach der Devise: „Los vom Mann um jeden Preis“ — suchen, der sich in einer so perversen Form nach aussen hin entlud. Mein psychiatrisches Empfinden lehnt dieses entschieden ab, und auch die, wie gesagt, sehr intelligente Kranke spricht in ganz sachgemässer und ruhiger Weise, dass ihr die psychische Alienation bei sich vollkommen rätselhaft ist, und sie weder in sexueller, noch in persönlicher Hinsicht mit ihrem Mann in tatsächlichem Konflikt oder unbefriedigtem Verhältnis gelebt. Wenn auch der Streit an sich noch keinen Shock aufs Nervensystem ausgeübt hat, so muss indes dem für Hysterie charakteristischen groben Missverhältnis zwischen Reiz und Reaktionsform Rechnung getragen werden, welches einem die schwierigsten Probleme vorlegen kann, ohne dass man darauf eine

befriedigende Antwort geben könnte. Auch der gänzlich unerklärliche Umstand der schweren Wahnbildung — ob der Wahn vorübergehend oder bleibender Natur ist, spielt dabei keine Rolle — ist ein irrealer Vorgang und steht in keinem Verhältnis zur Wirklichkeit¹⁾, und darum halte ich hier ein Suchen im Unbewussten und Unterbewussten für zwecklos und nicht sinnentsprechend.

III.

Emma O., 22 Jahre alt, Littauerin, seit einem Jahr an einen Letten verheiratet, vor 2 Monaten Geburt eines Kindes, welches sie eben stillt. Von frühester Jugend auf ein nervöses Individuum, war in überaus auffälliger Weise jedem Eindruck von aussen her unterworfen, indem sie mit schweren krankhaften Aeusserungen körperlicher und seelischer Natur auf oft recht unbedeutende Anlässe reagierte. Sie stand eigentlich stets in ärztlicher Behandlung, ohne dass eine solche jemals andauernde Besserung hervorgerufen hätte, meist genügte jede neue Ordination für eine kurze Frist, bis dann das alterierte Vorstellungsleben der Krankheitsbildung auf einer anderen Stelle die Pforte öffnete. — Die Kranke ist an sich recht ungebildet, dabei aber intelligent und tatkräftig, sie ist eine sehr religiöse Natur. Die Ehe musste von Anfang an als denkbar unglücklich bezeichnet werden. Der Mann ist ein Produkt der Halbbildung, liest viel populär-wissenschaftliche Literatur, bewegt sich viel im Theater und in Versammlungen, vernachlässigt die Frau auf Schritt und Tritt, gibt ihr stets zu verstehen, dass sie ganz ungebildet sei, und ergeht sich andauernd in Spottreden über ihre Volksart und den, von dem seinen verschiedenen, Glauben der Frau. Solche Verhöhnungen wurden sowohl nüchtern, als auch in betrunkenem Zustande geäussert. Die fortgesetzten Erregungen, das fast bei jedem Zusammensein erfolgende Reizen und Kränken wirkten naturgemäss stark zermürend auf die Gemütslage der Kranken ein; toxischen Einflüssen unterlag sie nicht.

Im Februar 1914 kehrte der Mann schwer betrunken nach Hause und bedrohte unvermittelt seine Frau mit dem Stock in Gegenwart mehrerer fremder Personen. Sie erschrak so heftig darüber, dass sie sofort zu Boden stürzte. Im Bett liess sie sich nicht halten, sondern stand auf, war jedoch wie gänzlich von ihrer Umgebung entrückt. Auf Fragen gab sie keine Antworten oder reagierte sprachlich mit einem unverständlichen und keineswegs zusammenhängenden Gerede. Die psychische Anlienation steigerte sich progressiv und äusserte sich in einer gänzlichen allopsychischen Desorientiertheit, dabei war sie motorisch nicht sonderlich erregt. Sie verkannte ihre Umgebung, achtete nicht auf ihr Kind, redete eine fremde Frau für ihre ferne Mutter an; auch mit dem Mann sprach sie, wie mit einer gänzlich fremden Persönlichkeit, doch äusserte sie hierbei weder Verstimmung noch Aerger oder überhaupt irgendwie

1) H. Siebert, Zwei Fälle paranoischer Erkrankung. Sommer's Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 10. H. 1.

betonten Affekt. Von Stunde zu Stunde steigerte sich die Erregung, es entwickelten sich Sinnestäuschungen sowohl visueller als auch akustischer Art: sie hörte sich rufen, antwortete bald leise bald schreiend, horchte an der Tür, wandte sich an irgend einen Gegenstand und führte laute Selbstgespräche. Sie sah Teufel und Gestalten, welche dann wieder mit den Gehörstäuschungen verquickt wurden. Dabei klagte sie über unerträgliche Kopfschmerzen, hielt sich beständig die Stirn; das Gesicht war turgeszent, es liess sich überhaupt eine beträchtliche Kongestion des Kopfes nachweisen.

Die somatische Untersuchung, welche ich in diesem Zustande vornahm, ergab eine enorme Hyperästhesie des ganzen Körpers, indem jede Berührung der Körperoberfläche lebhaft Abwehrbewegung auslöste, besonders jedoch eine Steigerung der Schmerzempfindung; dabei keine Differenz zwischen rechts und links, sonst liess sich am Nervensystem kein Befund erheben. Bis zu einem gewissen Grade war die Kranke dabei suggestibel, indem sie sich der Exploration glatt unterzog und während derselben von ihren Sinnestäuschungen gänzlich abgelenkt schien, sie sprach auch die Person des ihr gänzlich fremden Arztes sofort als solche an und dokumentierte dadurch ihre teilweise Orientierungsfähigkeit. Bei der Ungunst der häuslichen Verhältnisse riet ich doch umgehend zur Anstaltsbehandlung, obgleich die Prognose an sich mir nicht schlecht erschien, und konnte die Verbringung in die von mir geleitete psychiatrische Abteilung umgehend vorgenommen werden. Hierselbst wiederholte sich im Grossen und Ganzen das gleiche Bild psychischer Exzitation, wie es zu Hause wahrnehmbar gewesen. Per os dargereicherte narkotische Mittel übten keinen Einfluss auf den Zustand aus, die Kranke war in der Abteilung im Laufe von 36 Stunden schlaflos. Es begann langsam und allmählich ein Nachlassen der Sinnestäuschungen sich bemerkbar zu machen, sie wurde sichtlich luzider, erlangte auf dem Wege der Kombination ihre Orientierung wieder, und jetzt stellte sich bei ihr erst eine psychologisch begründete Zornempfindung über das Verhalten des Mannes ein. Teilweise noch in dämmeriger Benommenheit, teilweise in verständlicher Begründung stiess sie eine Reihe von Drohungen und Verwünschungen gegen ihn aus. Die Kopfschmerzen hatten jetzt gänzlich nachgelassen. Die Prüfung der kutanen Sensibilität ergab, im Gegensatz zur kurz vorher angestellten Untersuchung, eine gänzliche Analgesie der Hautdecken und Schleimhäute. Man konnte die Haut durchstechen und durchbohren, ohne dass die Kranke selbst oder auf Befragen angab einen Schmerz zu empfinden oder auch nur eine Abwehrbewegung machte. — Der nach der Erregung eintretende Schlaf war von vierstündiger Dauer. Beim Erwachen war das Sensorium nicht gänzlich frei, die Kranke war wohl besonnen und orientiert, doch betonte sie dabei nicht genau zu wissen, was in ihr vorgeht, — es bestand hierin, sowie überhaupt in ihren Angaben, ein deutliches Krankheitsgefühl, doch liess sich ein stündliches Nachlassen desselben beobachten. Nach etwa 48 Stunden war die Kranke vollkommen klar, die Erinnerung bezog sich nur auf den Vorfall mit ihrem Mann; nach demselben „stieg ihr eine solche Hitze in den Kopf, dass sie sich weiterer Vorgänge nicht mehr entsinnen konnte“. Für die Dauer der krankhaften Vorgänge fehlte ihr jede Erinnerung,

auch die Ueberführung in die Anstalt lag ihr nicht im Bewusstsein, erst langsam und allmählich konnte sie sich wieder auf sich und ihre Umgebung besinnen.

Sie hielt sich nun für gesund, konnte sich den Vorgang nur so erklären, dass durch den grossen Schreck und die Erregung sich bei ihr eine Störung eingestellt hatte, welche „Gehirn und Geist umnachtete“. Den Mann wollte sie weiterhin nicht mehr sehen und beabsichtigte mit dem Kinde zur Mutter zu ziehen und vom Manne weiterhin getrennt zu leben.

Die Kranke hat dieses auch ausgeführt, lebt seitdem vom Mann getrennt bei ihrer Mutter. Erregungszustände sind weiter nicht vorgekommen. Im März 1915 wurde die Kranke nach einer Beschiessung der Stadt aphonisch. Auch diese Erscheinung beruhte auf einer funktionellen Störung im Gebiet der Phonationsmuskeln. Die Behandlung war schwierig und bis zum Schwinden der Ausfallserscheinungen vergingen viele Wochen — eine Beobachtung, welche ich in bezug auf die Behandlung der körperlichen Aeusserungen der Hysterie bei der litauischen Volksart oft gemacht habe. Seit weiteren 2 $\frac{1}{2}$ Jahren sind gröbere Störungen auf psychisch-nervösem Gebiet nicht weiter wahrnehmbar gewesen. Die Kranke hat mich oft konsultiert, meist jedoch trug sie lediglich indifferente Klagen vor; ihre Krankheitsvorstellungen waren derart, wie sie von jeher zu ihrer Persönlichkeit und zu ihrem psychisch-nervösen Geschehen gehörten.

! Dauer der krankhaften Störung des Bewusstseins etwa 48 Stunden. Anstaltsbehandlung wurde angewandt.

Dass wir es hier mit einer hysterischen Störung zu tun hatten, dürfte wohl auf Grund der Vorgeschichte, als auch auf Grund der Erhebungen über die konstitutionellen Eigenheiten ohne jeden Zweifel sein; auch hier ist die blitzartige Verdämmerung des Bewusstseins auffällig. Ich glaube, dass wir uns bezüglich des Ausbruchs der psychischen Alienation bei Emma O. die Auffassung Bonhöffer's¹⁾ zu eigen machen müssen, dass die Schreckemotion einen vasomotorischen neurotischen Komplex hervorruft, und nicht den hysterischen. Der Kurzschluss im Bewusstsein wäre hier eben durch gewaltige vasomotorische Vorgänge angebahnt und hervorgerufen worden, und nachdem konnte sich auf diesem Boden die hysterische Bewusstseinsstörung — der Dämmerzustand — voll entwickeln.

Betrachten wir nochmals, rekapitulierend, die charakteristischen Merkmale des Dämmerzustandes an sich, so imponiert, wie ausdrücklich herorgehoben, das plötzliche und umgehende Einsetzen der Störung; der Uebergang vom Normalen, soweit es die Umgebung beurteilen konnte, zum Psychopathologischen vollzog sich im Handumdrehen, hin-

1) Psychogene Krankheitszustände. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 68.

gegen machte sich dann eine stündlich zunehmende Steigerung der krankhaften Aeusserungen bemerkbar, zur Desorientiertheit gesellten sich die Sinnestäuschungen, so dass jedenfalls ein ständiger Progress unverkennbar war. Daneben muss dringend das auffällige Verhalten der Sensibilität in einer für Hysterie charakteristischen Weise im Auge behalten werden. Relativ gering, wenn auch vorhanden, war die Suggestibilität der Kranken, auf alle Fälle wäre dieses noch keineswegs ein Grund, um Zweifel an der Richtigkeit der Auffassung über die hysterische Qualität der Störung aufkommen zu lassen. Ich hob gerade oben die geringe Suggestibilität der hysterischen Littauer überhaupt hervor und erwähnte hier die Schwierigkeit der späterhin erfolgten Behandlung der aphonischen Störungen. Für Hysterie sprechen auch die glatte Heilung mit vollkommener Einsicht, das langsame und sukzessive Schwinden der krankhaften psychischen Phänomene, sowie die durchaus beachtenswerte Schnelligkeit, mit welcher bei unserer Kranken sich psychische Momente in körperliche Projektionsformen umzuwandeln vermochten.

IV.

Betty K., 25 Jahre alt, Jüdin, Inhaberin eines grossen kaufmännischen Betriebes, dem sie seit etwa 3 Jahren in mustergiltiger Weise vorsteht. Sie ist seit 6 Jahren verheiratet, 2 Kinder. Der Mann ist eine völlig nichtsagende Persönlichkeit, der eigentlich von der Frau unterhalten wird. Frau K. ist nach Angabe aller Bekannten eine äusserst energische und tüchtige, aber auch eine hochgradig nervöse und reizbare Persönlichkeit. Sie ist wechselnd in ihrer Gemütslage, sprunghaft in ihren Neigungen, ist zu Hause durch die Launenhaftigkeit und Nörgeleien ein überaus schwierig anzufassendes Wesen. Körperlichen Vorstellungen gegenüber sei sie von jeher sehr suggestibel gewesen, es lagen bei ihr andauernd die verschiedensten allgemeinnervösen Störungen vor, bald Globus, bald Schmerzen, bald Gehstörungen, dann wechselte die Stimmung in auffallender Weise — kurzum es bestand der Symptomenkomplex, der wohl meist vom Arzt und von den Angehörigen als Hysterie bezeichnet wird. Um den noch neuerdings von Hellpach über die Physiognomie der Hysterischen (S. 155 Lit. 5) gemachten Ausführungen gerecht zu werden, sei auch hier erwähnt, dass sich sowohl „Boopie“, als auch das eigenartige Lächeln in charakteristischer Weise beobachten liessen.

Die psychische Bewusstseinsstörung wurde hier durch folgenden Vorfall ausgelöst. Die Frau K. wurde plötzlich davon benachrichtigt, dass sie umgehend in einigen Tagen eine recht umständliche und mit grossen Schwierigkeiten verbundene Reise antreten müsse, um vor einem Gericht in einer recht schwerwiegenden Sache, von der sie angeblich etwas wissen solle, als Zeugin aufzutreten. Da Eile geboten war, hatte sie in etwa 12 Stunden abfahren müssen. Diese plötzlich an sie herantretende Tatsache übte einen so

gewaltigen Einfluss auf sie aus, dass sie umgehend aus ihrem psychischen Gleichgewicht herausgehoben wurde und in einen bis dahin nie dagewesenen Zustand psychischer Alienation verfiel. Sie warf, laut aufschreiend, ihre Sachen durcheinander, verliess ohne Hut und Ueberkleider das Geschäft und rannte auf die Strasse, so dass sie nur mit Mühe ihrer Wohnung zugeführt werden konnte. Hier beging sie auch eine Reihe verkehrter Handlungen, sie stellte die Stühle auf die Tische, kleidete ihre Kinder grundlos aus, schüttete Wasser ins Feuer usw. Den hinzugezogenen Arzt begrüsst sie freundlich, erkannte ihn anscheinend nicht, jedenfalls vermochte sie nicht seinen Namen zu nennen. In Bezug auf die Zeit war sie gänzlich verwirrt, gab jedoch an zu Hause zu sein. Sie sah Gestalten, hörte Pferdegetrappel, Kanonenschiessen, glaubte sich auf einem Schlachtfelde zu befinden. Auch bei dieser Kranken liess sich eine Exploration gut ausführen, indem sie prompt allen an sie gerichteten Wünschen und Aufforderungen Folge leistete.

Vom rein neurologischen Standpunkt konnte, ausser einer leichten Hyperalgesie, nichts von Bedeutung nachgewiesen werden. War jedoch die Kranke einen Augenblick nicht fixiert, so wurde ihre Aufmerksamkeit umgehend durch jeden neuen Eindruck gefesselt, es schien dann, ob sie ihn sofort im Sinne einer Illusion verarbeitete; auch sich selbst überlassen, hielt das unbeständige Gebahren und Sprechen, das Hasten und Delirieren an. Zwischendurch erfolgten kurzandauernde Lach- oder Weinkrämpfe, welche sich in ihrer Intensität durch suggestive Einflüsse mildern liessen. Der Schlaf, der nach etwa zehn Stunden dämmerhaften Delirierens eintrat, war kurz, er stellte sich erst nach einer Skopolamin-Pantopon-Injektion ein. Beim Erwachen besteht die Bewusstseinsstörung in unverändertem Masse fort; im Laufe des nächstfolgenden Tages keine nennenswerte Veränderung, die Suggestibilität der Kranken scheint indes geringer zu sein, sie ist schwerer zu untersuchen, die Lach- und Weinkrämpfe sind kaum beeinflussbar. Die Verbringung ins Krankenhaus erfolgt mit grosser Schwierigkeit, die Veränderung der Umgebung und der sachgemässe Umgang beeinflussen bis auf weiteres das Verhalten der Kranken keineswegs. In der zweiten Nacht nach Morphin-Skopolamin 6 Stunden Schlaf, beim Erwachen ist sie sichtlich luzider, halluziniert nicht mehr, ist aber im Raum und in der Zeit völlig unorientiert. Im Laufe des dritten Tages langsames Schwinden des Dämmerzustandes. Sie kann sich kaum irgend welcher Vorgänge entsinnen, glaubt nur aus der Stadt fortgewesen zu sein, konfabuliert, indem sie anscheinend noch unter dem Eindruck der auf sie vorher einstürmenden Sinnestäuschungen steht. Trotz der weitgehenden Besserung noch häufige, aber leichtere, Lach- oder Weinanfälle. Am vierten Tage gänzlich klar und besonnen, hält sich für gesund, nur noch für sehr angegriffen und müde. Enormes Schlafbedürfnis, ständiges, krampfhaftes Gähnen. Die ganze Erkrankung liegt wie ein Traum ziemlich erinnerungsglos hinter ihr; der Sinnestäuschungen entsinnt sie sich nur dunkel, als etwas Fremden und Unangenehmen, Einzelheiten fehlen ihr im Gedächtnis. Die Einsicht ist eine vollkommene, insofern als alle diese Erscheinungen als Aeusserungen krankhaften geistigen Geschehens von ihr angesprochen werden.

Dauer des Dämmerzustandes drei Tage. Anstaltsbehandlung erforderlich.

Auch hier dürfte an der Hysterie, als der Grundlage des Dämmerzustandes kein Zweifel bestehen; beachtenswert erscheint dabei die Frage des Dämmerzustandes vom rein forensischen Standpunkt bezw. von dem für das Gericht in rein praktischer Hinsicht bedeutungsvollen Ausblick zu sein. Dass eine Reise während der Erregung und des veränderten Geisteszustandes ausgeschlossen erschien, auch wenn, wofür keinerlei Anhaltspunkte bestanden, hier beabsichtigte Täuschung oder Uebertreibung vorgelegen hätten, muss als selbstverständlich angesehen werden. Ich hielt aber auch eventuelle Zeugenaussagen der Frau K. in einer Sache, die bald nach erledigtem Dämmerzustand zur Verhandlung käme, deshalb für unerwünscht und keineswegs für genügend einwandfrei, weil die Gefahr als durchaus berechtigt und möglich angesehen werden muss, dass Frau K. infolge ihrer eben stark aus dem Gleichgewicht geworfenen hysterischen Konstitution leicht unrichtige oder durch Konfabulationen geleitete Angaben machen könnte. Hierdurch wäre der Sache an sich mit nichts gedient, und Frau K. wäre leicht der Gefahr ausgesetzt selbst mit dem Strafgesetz in Konflikt zu geraten, weil bei ihr nach Atklingen des Dämmerzustandes von einer Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung wohl keine Rede sein würde. Aus diesem Grunde erscheint mir an sich ein Vermeiden von Zeugenaussagen effektiv schwerer hysterischer Individuen, wie unsere Kranke es ist, nach Möglichkeit als geboten.

V.

Wilhelm S., 18 Jahre alt, Lette, Mutter Littauerin, wird aus der chirurgischen Abteilung im stuporösen Zustand der psychiatrischen Abteilung des Stadtkrankenhauses überwiesen. Er wurde von seinem Fabrikbetriebe, an dem er tätig war, blutüberströmt ins Krankenhaus eingeliefert, ohne dass ihm ein Unfall oder ein besonders schädigendes Ereignis zugestossen wäre. In der chirurgischen Abteilung war eine Hämoptoe festgestellt worden, zugleich erweckte jedoch das psychische Verhalten den Verdacht auf gleichzeitig vorhandene Geistesstörung, weshalb auch die psychiatrische Behandlung angezeigt erschien.

Die erste Untersuchung zeigte den Kranken im tiefen Stupor, eine allgemeine Hypotonie der Extremitätenmuskulatur, eine gänzliche Reaktionslosigkeit bei Nadeleinstichen in die Haut, der spontane und der reaktive Mutismus sprachen für ein schweres Daniederliegen oder Verschrobensein der psychischen Funktionen. Am nächsten Tage war der Kranke aufgestanden, ging umher, die Mimik war lebhaft; er achtete auf alle Fragen, antwortete jedoch nur pantomimisch und schrieb auf Papier, dass er nicht sprechen könne. Die Sen-

sibilitätsprüfung ergab dann anscheinend eine bessere allgemeine Leitung als am Tage vorher. Nach weiteren 24 Stunden sprach er, jedoch in deutlich stotternder Weise, nach einigen Tagen war die Sprache vollkommen glatt und fließend.

Aus seiner Vorgeschichte liess sich ersehen, dass er von Jugend auf ein neuropathisches Kind war, er war bald furchtsam, bald tollkühn, log viel, war unfolgsam, lernte schlecht. Besondere Belastung konnte nicht nachgewiesen werden. Mit 13 Jahren wurde er Trapezkünstler und Degenschlucker, zog dann mit einer Gauklergesellschaft umher. Er trank nicht, vertat jedoch sein Geld. Darauf hat er verschiedene Beschäftigung gehabt, welche er teils schlecht, teils zufriedenstellend verrichtete. Seit dem 16ten Lebensjahre ist eine Lungentuberkulose manifest, welche auch mehrere Blutstürze zur Folge hatte. Zu der Zeit wurde S. für einen Diebstahl bestraft. — Späterhin begann er in Oel zu malen und stellte auch einige Gemälde aus, obgleich er nie eine Malstunde gehabt. Gleichfalls mit dem 16ten Jahre sind nun die ersten Störungen auf psychisch-nervösem Gebiet in einer für seine Angehörigen greifbaren Weise aufgetreten. Es liess sich nämlich zeitweise beobachten, dass S., sei es nach Erregungen oder auch ohne dass solche direkt erwiesen wurden, die Sprache verlor und dann stundenlang, wie geistesabwesend, umherlief, er vagierte ziellos in der Stadt, kehrte aber stets in kürzerer oder längerer Zeit zurück. Auffallend war, dass meist nach einigen Stunden, selten erst nach einem Tage, der S. klarer wurde, sich ganz besonnen und geordnet verhielt, jedoch nicht im Besitz der Sprache war, diese kehrte dann nach Ablauf weiterer Tage wieder, und zwar, wie dieses oben bereits als Beobachtungsergebnis geschildert, unter anfänglichem Stottern. — Jetzt steht S. im Verdacht seinem Kameraden den Schrank aufgebrochen zu haben, von einer Veränderung des Geisteszustandes vor der Tat ist niemand etwas bekannt, soweit die Umgebung solches beurteilen kann, er selbst stellt den Vorgang in Abrede. Forensische Begutachtung erwies sich als nicht erforderlich.

Der innere Organbefund, vom Spezialisten erhoben, rechtfertigt vollkommen die Auffassung vom Bestehen einer Lungentuberkulose als Ursache der Hämoptoe. Vom rein psychiatrischen Standpunkt aus betrachtet ist S. ein Individuum, das wenig gelernt hat, aber über eine glänzende Kombinationsfähigkeit verfügt, er bildet Begriffe und Vorstellungen, welche für sein Milieu geradezu überraschend sind. Auch ist er durchaus weltgewandt und frühreif. Sexuell hat er sich viel und lebhaft betätigt (Tuberkulose + Psychopathie?) Er ist jetzt zum zweiten Male verlobt! Bei seiner Einlieferung war er im Besitz verschiedener narkotischer Mittel, mit denen er sich angeblich vergiften wollte, auch gelang es ihm umgebend durch einen aus der Anstalt hinausbeförderten Brief einen Pfleger anonym bei der Direktion zu denunzieren, und nur durch Zufall konnte er daraufhin ertappt werden. Dabei versuchte er rastlos hohe Temperaturen vorzutäuschen oder die verschiedensten Krankheitssymptome vorzuspiegeln, so dass bei der tatsächlichen recht groben Störung der Atmungsorgane ein vielfach unentwirrbares Chaos von Wahrheit und Dichtung entstand.

Ich habe nun während des mehrmonatigen Anstaltsaufenthalts bei S. einige dieser Dämmerzustände beobachtet, die mehr oder weniger einen gleichartigen Charakter trugen, nur war die Dauer der Bewusstseinsstörung wechselnd von einer Stunde bis etwa einem vollen Tage. Im Gegensatz zu den anderen, genau studierten Beobachtungen, war hier das Einsetzen der Störung kein plötzliches, sondern ein langsames, kaum merkliches. Während die übrigen Fälle wohl eine sukzessive Steigerung, ob ohne oder durch Suggestibilität bleibt dahingestellt, aufwiesen, wobei die Ausschaltung aus dem normal fliessenden geistigen Geschehen eine plötzliche war, ging der Prozess bei S. in steter Weise vorwärts, bis der Bewusstseinsverlust den Grad des Dämmerzustandes erreicht hatte, indem die Desorientierung und die Unfähigkeit im Handeln den Zustand als solchen dokumentierten.

Der Schlaf konnte ungestört sein, nach dem Erwachen bestand die Störung fort. Sinnestäuschungen traten nicht in ausgesprochener Weise auf; er schien Musik zu hören und begann zu tanzen. Es liess sich das Faktum der Halluzinationen nie genau feststellen, da der begleitende Mutismus zu der Zeit nie fehlte, und hierdurch die Untersuchung sehr erschwert wurde. Einen Stuporzustand habe ich nur das eine Mal gesehen, sie sind angeblich vorher auch nicht vorgekommen. Ueber die Erinnerungsfähigkeit liess sich, nach abgelaufener Störung, wenig Positives ermitteln, da man bei dem bekannten Lügen des Kranken über den Grad der Amnesie, die er stets als vollkommen schilderte, die Angabe nur sehr mit Vorbehalt verwerten konnte. Ein schweres Krankheitsgefühl bestand unzweifelhaft, über die Einsicht in den Zustand waren die Ermittlungen auch ungenügend, da man desgleichen mit beträchtlichen Aggravationen einerseits, mit grosser Durchtriebenheit andererseits zu rechnen hatte, zudem hielt ich ein allzu intensives Eingehen auf den Krankheitszustand aus didaktisch-therapeutischen Gründen für unerwünscht. Simulation der Zustände dürfte wohl ausgeschlossen sein, soweit eben überhaupt unsere Diagnosestellung auf Hysterie Fug und Recht besitzt. Für Epilepsie bestanden keine Anhaltspunkte; 0,03 bzw. 0,05 Cocaini muriat. mehrfach subkutan angewandt riefen auch keine epileptischen Zustände hervor, wie solche überhaupt eigentlich nicht in Frage kamen. Sonderbar verhielt sich die kutane Sensibilität während des Bestehens der stotterneurotischen Erscheinungen nach Abklingen des Dämmerzustandes. Man erhielt am Körper die verschiedensten anästhetischen und analgetischen Zonen und Flecke, wie solche etwa auf den berühmten Darstellungen Charcot's sichtbar sind. Auch diese merkwürdige Koinzidenz erhärtete wohl wesentlich die Diagnose der Hysterie gegenüber Schwindel und Simulation eines Psychopathen. —

Bei S. war demgemäss die Dauer der Dämmerzustände von einer Stunde bis zu einem Tage; sie traten sowohl im häuslichen Leben, als auch in der Anstalt auf.

Ueber meine Auffassung, dass ich diese Krankheitsbilder den hysterischen Dämmerzuständen zurechnen möchte, habe ich oben bei der

Betrachtung eines jeden einzelnen Bildes berichtet. Es fragt sich nun, ob eine solche Anschauung auch gerechtfertigt erscheint. Gaupp¹⁾ weist ausdrücklich auf die Schwierigkeit einer solchen Auffassung hin, indem er nach Erwähnung der Schwankungen dieses Begriffs seit Charcot, die Feststellung Hoche's vom Jahre 1902 anführt: „Wer die These aufstellen wollte, dass es überhaupt ein Krankheitsbild Hysterie nicht gibt, sondern nur eine besondere Form psychischer Disposition, die man als hysterisch bezeichnet, wäre gar nicht zu widerlegen“. Es wird hierbei von Gaupp darauf hingewiesen, dass von den Psychosen und Vergiftungen besonders die zur Dissoziation führenden häufig mit hysterischen Symptomen verknüpft sind (*Dementia praecox*, Paralyse, Stirnhirntumor, Sklerose). Solche Bedenken über die Richtigkeit und die Berechtigung mit der Hysterie und dementsprechend mit den einzelnen Symptomengebilden derselben, als mit einer festgefügtten Einheit im nosologischen Sinne, operieren zu dürfen, sind nicht nur erwünscht, sondern sprechen und mahnen immer in dem Sinne, dass Krankheitsbilder nur dann als hysterisch bezeichnet werden sollen und können, wenn wir in der Tat anderweitige Affektionen mit Sicherheit ausschliessen dürfen. Es fragt sich nun, welche Krankheitsbilder aus differentialdiagnostischen Gründen in Erwägung gezogen werden müssen. Nehmen wir die Beobachtungen II, III und IV, so lässt sich in klarster Weise verfolgen, dass dem Ausbruch des Dämmerzustandes unmittelbar ein affektvolles Ereignis vorherging, an welches sich dann die Bewusstseinsstörung nebst den sonstigen psychoneurotischen Phänomenen anschloss. Dieser Umstand lässt naturgemäss daran denken, dass hier eine affektive Seelenstörung im Spiel sein könnte. Nach der psychiatrischen Betrachtungsweise v. Krafft-Ebing's²⁾ müssen wir bei den Hysterischen folgende Störungen des Seelenlebens unterscheiden: 1. transitorische Irreseinszustände, 2. protrahierte, delirante Zustände, analog den protrahierten psychischen Aequivalenten und 3. die hysterischen Psychosen. In diesem Sinne wären die geschilderten Beobachtungen kaum sachgemäss in der einen oder anderen Klasse unterzubringen, eher könnten schon die Beobachtungen I und V unter die transitorischen Irreseinszustände rubriziert werden. — Die Gesamtauffassung Krafft-Ebing's wird wohl heute von einer relativ geringen Anzahl Fachgenossen geteilt, so dürfte der Frage der hysterischen Delirien, sowie der Melancholie und der Manie auf hysterischer Grundlage doch nur mit grösster Reserve näher getreten werden.

1) Ueber den Begriff der Hysterie. Neurol. Zentralbl. 1911. Nr. 11.

2) Lehrbuch der Psychiatrie. 1903. VII. Aufl. S. 508 ff.

Neben der Manie und der Melancholie, als Prototypen einer affektiven Seelenstörung, hat Ziehen¹⁾ auf eine Gruppe anderer affektiver Psychosen hingewiesen, welche er als protrahierte Affektschwankungen bezw. als Eknoia bezeichnete. Er betrachtet diese Störungen als Herausreissung aus den normalen Denkgeleisen durch die Affektstörung und betont, neben dem seltenen Vorkommen der Eknoia, die Möglichkeit der Verwechslung mit der Amentia. Der Unterschied beruht jedoch im Wesentlichen darauf, dass im Anschluss an den ätiologischen Affektstoss sich eine unverkennbare pathologische Affektsteigerung entwickelt, auf deren Boden sich erst nachträglich Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Inkohärenz einstellen. Es liegen ähnliche Schilderungen von Bresowsky²⁾ vor, welcher warm für die nosologische Selbständigkeit der protrahierten Affektschwankungen eintritt. Abgesehen von den ausgesprochenen „hysterischen“ Zeichen, welche die von mir beobachteten Kranken darboten und dadurch das „hysterische“ Moment als solches sicherten, getraue ich für meine Person nicht eine so komplizierte Diagnose auf Eknoia anzuwenden. Wenn ein Meister im Fach, wie Ziehen, aus seinem enormen Material solche Beobachtungen schöpfen konnte, so ist dieses verständlich, in praxi wird jedoch kaum jemand in der Lage sein, seine diesbezügliche Auffassung folgerichtig vertreten zu können. Dass Zustände von schwerer Bewusstseinstrübung vorkommen, welche nicht zur Hysterie gehören, hebt auch Bonhoeffer³⁾ hervor, wobei die Unsicherheit des Hysteriebegriffs eine sachgemässe Behandlung dieser Frage sicher sehr erschwert; solche Beobachtungen gehören nicht zu den häufigen Vorkommnissen, auch rechnet Bonhoeffer ferner die eigentlichen haftpsychotischen Zustände, den Ganser'schen Dämmerzustand, die psychogene Pseudodemenz und den hysterischen Stupor zur Hysterie, für welche unter anderem der Wunsch für geisteskrank zu gelten, als charakteristisch anzusehen ist.

Es sind weiterhin in Frage zu ziehen gewisse Erscheinungen, die bei den Verblödungsprozessen der Gruppe der Dementia praecox (hebephrenica) vorzukommen pflegen. Besonders diejenigen Krankheitsvorgänge, welche unter dem Bilde einer pseudo-hysterischen Neurose ihren Beginn dokumentieren, können am allerehesten Anlass zu ver-

1) Psychiatrie. 1911. S. 421.

2) Ueber protrahierte Affektschwankungen und eknoische Zustände. Monatsschr. f. Psych. Bd. 31 und Neurol. Bote (russisch) 1914. H. 3.

3) Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind. Neurol. Zentralbl. 1911. Nr. 11.

hängnisvollen Verwechslungen geben. Auch die Spaltung der Persönlichkeit, wie sie im Fall I, zwischen luzidem Verhalten und krankhafter Bewusstseinsstörung auftritt, gibt durchaus berechnete Hinweise darauf, dass man einen zerebralen Abbauprozess in Frage ziehen muss, indes ist bei der stürmischen Art des Auftretens der Erscheinungen, wie eine solche alle unsere Beobachtungen auszeichnet, das Einsetzen so tiefer und nachhaltiger Remissionen ohne jeden Intelligenzdefekt und bei ausgesprochener Krankheitseinsicht eine Vermutung, die eigentlich keine positive Stütze besäße.

Die Frage grober organischer Störungen, in deren Verlauf, etwa bei Tumor und Paralyse, transitorische Bewusstseinsstörungen den Beginn der Erkrankung einleiten könnten, darf mit völliger Sicherheit verneint werden.

Der Erwähnung wert wären noch toxische Vorgänge, welche durch direkte Schädigung des Gehirns Störungen, wie die oben erwähnten, bedingen könnten. Ich habe selbst einen Fall beschrieben¹⁾, wo ein Delirium tremens alcoholicum im Beginn, während eines halben Tages, bei einem früher nicht hysterischen Individuum unter dem Bilde einer hysterischen Erregung verlief, bis dann mit Steigerung der spezifischen Störung die pseudohysterischen Störungen schwanden. Auch A. Behr²⁾ hat eine Beobachtung von einem Abstinenzdelir bei chronischem Paraldehydmissbrauch mitgeteilt, wo eigentlich nur die genaue Kenntnis der Vorgeschichte mit Sicherheit vor einer Verwechslung mit einem hysterischen Dämmerzustand schützen konnte. Erwähnt sei noch von anderen toxischen Dämmerzuständen die Vergiftung mit Hyoscyamus niger³⁾ und den ihm analog wirkenden Alkaloiden, doch dürften hierbei die Störungen an den Pupillen und die Trockenheitserscheinungen einzelner, von sezernierenden Drüsen versehener Körperabschnitte vor Verwechslung schützen.

In letzter Linie sei noch der Epilepsie mit einigen Worten gedacht, die wesentlichsten Punkte darüber wurden bereits oben hervorgehoben; die differentialdiagnostische Unterscheidung des hysterischen Dämmerzustandes gegenüber dem epileptischen ist insofern die schwierigste, weil eben die epileptischen Bewusstseinsstörungen quantitativ am

1) H. Siebert, Zur Klinik der Geschwisterpsychosen, anscheinend exogenen Ursprungs. Monatsschr. f. Psych. Bd. 42. H. 2. S. 43.

2) Beitrag zur Kasuistik der Paraldehyddelirien und Bemerkungen über die Trunksucht der Frauen besserer Stände. Petersburger med. Wochenschr. 1902. H. 14.

3) Vergl. Chr. Siebert, Vergiftungspsychose nach Radix Hyoscyami nigri. Petersburger med. Wochenschr. 1911. H. 35.

häufigsten in Frage kommen. Die provokatorische Anwendung subkutaner Kokaininjektionen, als eines einem epileptischen Anfall auslösenden Mittels, ist eine noch zu ungewisse und unpräzise Massnahme, um überhaupt positive unterscheidende Bedeutung zu besitzen. Unter 41 Epileptikern, denen ich wiederholt Kokain injizierte, reagierte bloss einer mit einem leichten Anfall, doch auch bei dem wurde das Mittel zu einer Zeit angewandt, in der der Kranke an sich eine Reihe von Paroxysmen hatte. Für die Frage der Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie würde ich für meine Person jedenfalls hiervon Abstand nehmen, wir haben uns darin doch bis auf weiteres lediglich an rein klinische Beobachtungsergebnisse zu halten.

So sehr auch an sich vor einem übereilten und übertriebenen Anwenden des Hysteriebegriffs gewarnt werden muss, weil sowohl organische, als auch überhaupt destruierende Störungen, wie andererseits auch einfache Vortäuschung, sich hinter, uns als hysterisch anmutenden Zuständen verbergen können, ist es trotzdem unerlässlich für eine ganze grosse Reihe von Krankheitsbildern die nosologische Einheit „Hysterie“ festzuhalten. Wichtig ist dabei, dass die abnorme Reaktion auf psychische und zum Teil auch somatische Reize¹⁾ nachgewiesen ist, dann ist man auch in die Lage gesetzt zu zeigen, dass die Psychoneurosen wirklich Krankheiten sind, was lange Zeit hindurch geleugnet wurde und was auch heute noch von mancher Seite bestritten wird. Ich halte die völkische und rassenindividuelle Verbreitung der Hysterie für so wechselnd und schwankend, dass es wohl verständlich ist, dass mancher Beobachter weniger Hysterien zu Gesicht bekommt als ein anderer. Mein spezieller Wirkungsradius gewährt mir die Möglichkeit gerade unter der jüdischen und litauischen Bevölkerung Krankheitsbilder in reichem Umfange zu studieren, die nur mit Hysterie bezeichnet werden können.

Zum Schluss will ich noch hervorheben, dass hysterische Störungen und besonders hysterische Dämmerzustände nach meinen Erfahrungen selten Objekte der Anstaltspsychiatrie werden (bezüglich der Kliniken, besonders solcher mit einer Nervenstation, lässt sich solches nicht sagen); nur zu oft haben Katamnesen späterhin ergeben, dass die anscheinend hysterische Störung doch nur eine Begleiterscheinung oder der Deckmantel eines groben Defektzustandes war.

1) E. Stern, Beitrag zur Pathogenese der Psychoneurosen. Sommer's Klinik f. psych. und nervöse Kranke. Bd. 10. H. 1. S. 22.

VI.

Ueber Krankheitseinsicht.

Von

Dr. Ernst Herzig (Wien-Steinhof).

Während ältere Autoren nur von einem Bewusstsein, welches bei Geisteskranken in Bezug auf ihre Krankheit und deren Symptome sich zeigen könne, sprechen, haben spätere im Anschlusse an einen Aufsatz von Pick im Archiv für Psychiatrie (1882) an einer strengen Abtrennung des Krankheitsgefühles vom Krankheitsbewusstsein festgehalten. Pick selbst hat noch den Ausdruck Krankheitsbewusstsein als Allgemeinbezeichnung für die Gesamtheit der in Frage stehenden Erscheinungen: Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht aufgefasst. Die letztere stehe streng genommen in keinem reinen Gegensatz zum Krankheitsgefühle, weil auch dieses, wenn noch ein gewisser Grad von Befangenheit bestehe, zu klarer Krankheitseinsicht führe. Diese werde gegenüber dem Krankheitsgefühle charakterisiert durch ihre vorwaltend räsonierende Genese. Nach Pick hat man vielfach eine schärfere Abgrenzung des Begriffes der Krankheitsgefühle vorgenommen, wie mir scheint erst dadurch möglich gemacht, dass man als Krankheit nicht mehr die geistige Krankheit in das Auge fasste, sondern den vollen Komplex der durch die krankhaften Gehirnvorgänge bewirkten Unlustgefühle zusammenfasste. Heilbronner hat auf dieser Auffassung aufbauend vorgeschlagen, von Krankheitsgefühl überall da zu reden, wo der Betroffene überhaupt nur eine Veränderung seines Zustandes bemerkt. Erst, und nur, wenn man diesen Sinn mit dem Ausdruck des Krankheitsgefühles bei geistigen Krankheiten verbindet, gelangt man zu einer Erklärung der psychologischen Möglichkeit, dass ein solches nicht nur als Grundlage einer auftretenden Krankheitseinsicht vorhanden sei, sondern als ein selbständiges psychologisches Moment bei Geisteskranken eine Rolle spiele. Denn dann wird nur gesagt, dass die entstandenen Hirnempfindungen noch nicht zu einer Eindeutigkeit ihres Ausdruckes geführt haben, aus der die Richtung eines auf ihnen basierenden Erkenntnisaktes festzulegen sei. Im gewöhnlichen Leben bringt man durch

die Redensart: Ich habe das Gefühl, als ob zum Ausdruck, dass die einen klaren und bestimmt gerichteten Erkenntnisvorgang bietenden Vorgänge des niederen Erkenntnisvermögens nicht vorhanden sind, sondern, unterdessen wenigstens, weniger klare und weniger sichere, weil mehrdeutige Allgemeingefühlsveränderungen zum Bewusstsein kommen. Der psychologische Ablauf der im Vorwurfe in Betracht gezogenen Vorgänge muss sich in analoger Weise erklären lassen. Darüber werde ich später ausführlicher meine Anschauungen entwickeln. Wo es sich nicht mehr bloss um die Empfindung einer somatischen Veränderung, sondern um jene Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit handelt, pflegt man von Krankheitsbewusstsein zu reden. Ob man als Unterscheidungsmerkmal des Krankheitsbewusstseins vom Krankheitsgeföhle ausserdem noch das Vorhandensein oder das Fehlen von Erklärungsideen anführen kann, scheint mir von keinem wesentlichen Werte zu sein, sondern ein nebensächliches Moment zu bilden, wie auch jene Forderung, dass das Krankheitsbewusstsein unmittelbar der erwähnten Empfindung folge. Bezüglich des zweiten Punktes meine ich, dass es gleichgültig sei, ob die Genese eine unmittelbare oder mittelbare sei.

Von Krankheitseinsicht spricht man gewöhnlich dann, wenn der Kranke nicht nur das Gefühl einer eingetretenen Veränderung, auch nicht nur das Bewusstsein einer durch krankhafte Momente bedingten Beeinträchtigung seiner psychischen Funktionen hat, sondern auch imstande ist, den Einzelsymptomen der Erkrankung gegenüber Kritik zu üben.

Eine scharfe Abgrenzung des Krankheitsgeföhles vom Krankheitsbewusstsein wird in den meisten Krankheitsfällen auf die Anfangsstadien geistiger Erkrankungen beschränkt bleiben, weil nur hier jene Disharmonie in der Tätigkeit der Nerven und dem Wollen als unangenehm empfunden wird, welche als die Grundlage des Krankheitsgeföhles zu gelten hat. Solange die natürliche Harmonie in jenen beiden Punkten vorhanden ist, ist die Entstehung eines Krankheitsgeföhles, welches nebst dem Geföhle der Unlust noch die Beziehung einer chronischen Störung der physiologischen Funktionstätigkeit beinhaltet, eine ganz natürliche Folge, welche bei keinem Individuum, welches davon betroffen wird, ausbleiben kann. Es kommt nur allzu oft vor, dass bei späterer Aufnahme einer Anamnese von den Kranken das Vorhandensein eines solchen Krankheitsgeföhles geleugnet wird. Für solche Vorkommnisse hat man ausser Erinnerungsdefekten die Scheu der Kranken in Betracht zu ziehen, ihr Innenleben dem forschenden Arzte zu enthüllen. Ein gradueller Unterschied und individuelle Verschiedenheiten

im Ausdrucke des Gefühles werden durch die physiologische Reaktionsweise des betroffenen Individuums an sich erklärt, nachdem insbesondere in den erwähnten Anfangsstadien eine Aenderung derselben gegenüber dem Gesundheitszustande unmöglich ist, da eine so tief greifende Alteration naturgemäss erst die Folge eines länger dauernden Andrängens der geänderten Nervenvorgänge an die Psyche sein kann. Diese Aenderung der Nervenvorgänge tritt in Erscheinung durch Abnormitäten des Gemeingefühles, welche nach Kundt 'als Resultate aus den Empfindungen der inneren Teile aufzufassen sind. Es ist gleich, ob man nun der Meinung beitrete, das hier in erster Linie in Betracht kommende Gehirn löse jene unangenehmen Organgefühle aus oder jene, durch Stricker inaugurierten, dass wir von dem die Vorstellungen vermittelnden Gehirnteile gewisse Gefühle erhalten. Diese Divergenz der Anschauungen wird immer eine rein theoretische sein.

Von dem Vorhandensein eines Krankheitsgeföhles kann man nur dann reden, wenn das betreffende Individuum sich desselben bewusst geworden ist. Da also nach dieser Richtung hin eine Abgrenzung gegen das Krankheitsbewusstsein nicht stattfindet, hat man durch eine abstrakte Abgrenzung oder durch eine gewählte Anschauungsrichtung eine Scheidung der Begriffe vorgenommen, die also logisch dasjenige auseinanderhält, was in psychologischer Einheit verknüpft sich vorfindet. Das seiner Natur nach Differenten wird geschieden. Auf Grund dieser psychologischen Erkenntnis konnte man in eine weitere Erörterung der sich erhebenden Frage eintreten, ob also ein bewusstes Krankheitsgefühl und das Bewusstsein des Krankheitsgeföhles nicht inhaltlich Gleiches besagen und deswegen die Gewohnheit, beide als verschiedene psychologische Vorgänge zu betrachten, einen Wert habe und Nutzen bringe. Vielleicht hängt es mit dem verneinenden Resultate, zu welchem die verschiedenen Autoren bei dem Nachdenken über letztere Frage kamen, zusammen, dass man an die Auseinandersetzung über die Frage des Krankheitsgeföhles wenig Worte zu verschwenden pflegt. Ueber diesen Punkt wird stets nur in den Einleitungen der das Krankheitsbewusstsein und die Krankheitseinsicht behandelnden Aufsätze gesprochen.

Uebrigens ist ja auch die Trennung dieser Vorgänge keine so tiefgehende, als es beim ersten Hören scheinen könnte. Die Wundt'sche Psychologie bietet in der Perzeption und der Apperzeption ein Analogon. Das bei der Krankheitseinsicht zum Krankheitsbewusstsein Hinzukommende, das den zugrunde liegenden Erkenntnisakt Erweiternde ist die zielbewusste Willenstätigkeit, welche die einzelnen intellektuellen Akte erschöpft. Das Krankheitsbewusstsein ist für die Krankheitseinsicht das psychologisch Primäre, nach meiner Meinung, in gleicher

Weise wie das Krankheitsgefühl dem Krankheitsbewusstsein vorausgehen muss.

Das Krankheitsbewusstsein kann man als relative Krankheitseinsicht bezeichnen, wenn man diese als das Absolute einer psychologischen Skala ansehen will.

B. F., geboren 1882, ledig protestantisch Augsb. Bek. Im Sommer 1902 wanderte er von Galizien nach Amerika aus. Neben seiner beruflichen Tätigkeit als Schlosser und Werkzeugmechaniker beschäftigte er sich mit der Ausklügelung von Erfindungen, welche er aber nie zu einem eigentlichen Abschluss brachte, weil Zweifel an der Vollkommenheit derselben ihn abhielten, damit in die Öffentlichkeit zu treten. In den letzten 2 Jahren seines Aufenthaltes in Amerika (er kam im Dezember 1913 wieder nach Europa) belästigten ihn unlusterregende Wahrnehmungen; er hatte das Gefühl des Hypnotisiertwerdens, dann, dass man ihm seine Gedanken abziehe, indem man durch seinem eigenen Gedankengänge entgegenarbeitende Einmischung ihn zwingt, nicht seine, sondern fremde Gedanken zu denken. Im Februar 1913 liess er sich, da ihm die bereiteten „seelischen Leiden“ unerträglich wurden, in ein New-Yorker Spital aufnehmen, welche ihn in eine Irrenanstalt überstellte. Im Dezember 1913 wurde er nach Europa gebracht, wo er die Monate bis zum Kriegsausbruche bei seinen Eltern verbrachte, ohne sich zu irgend einer Arbeit aufrufen zu können. Jene erwähnten seelischen Qualen machten ihm eine Arbeitsleistung unmöglich. Nachdem er im Februar 1914 als tauglich erklärt worden war, rückte er bei der Mobilisierung im August 1914 ein, geriet im Dezember 1914 in russische Kriegsgefangenschaft, aus der er im Oktober 1916 im Austauschwege nach Oesterreich zurückkam. Nach mehrwöchiger Beurlaubung wurde er zum Hilfsdienste bestimmt; aus den schon bekannten Gründen erklärte er sich zum Dienste unfähig. Zum Zweck der Konstatierung gab man ihm am 31. 5. 1917 in die psychiatrische Abteilung des Krakauer Garnisonspitales ab, von wo er am 9. 8. 1917 unserer Anstalt zuwuchs.

Ich explorierte den Kranken mehrere Male speziell in Bezug auf sein Krankheitsbewusstsein und seine eventuelle Krankheitseinsicht. Die diesbezüglichen Angaben des Kranken gebe ich im Folgenden unter Beibehaltung der von ihm selbst gebrauchten Ausdrücke und Redewendungen wieder. Seit Jahren habe er gegen die ihm aufgedrängten fremden Gedanken, welche zum grossen Teil gegen seinen Glauben gerichtet waren, aktiv abwehrende Stellung eingenommen. Dadurch sei es ihm ab und zu gelungen, diese Gedanken aus sich herauszubringen, in den meisten Fällen hätten diese aber die Oberhand behalten, wodurch er schreckliche seelische Schmerzen leiden musste. Die Quelle dieser Schmerzen bildete die Erkenntnis, dass jene Gedanken die Reinheit und Folgerichtigkeit seines Denkens trübten und seine geistige Leistungsfähigkeit durch sie herabgesetzt werde. Die fremden Gedanken seien wirkliche und tatsächliche Beeinflussungen von aussen, ein Zwang, von andern ihm vorgelegte Gedanken nachzudenken. Er sei sich klar darüber, dass jeder Gedanke Produkt seiner psychischen Aktivität sei, doch nehme er an, nach den an sich selbst

gemachten Erfahrungen, dass jemand auf die Seele eines anderen einen derartigen Einfluss gewinnen könne, dass jede Freiheit des Denkens aufgehoben werde. Während er früher glaubte, kein Gedanke könne ohne die entsprechende Willenskraft in ihm aufsteigen, respektive, wenn aufgestiegen, wieder unterdrückt werden, sei er durch die Erfahrung eines andern belehrt worden. Nach einer Diskussion über Willensfreiheit und Willensschwäche, behauptet der Kranke die zum Losreißen von seinen Zuständen erforderliche Willensstärke fehle ihm, er leide an psychischer Schwäche.

Bei diesem Kranken existiert ein ausgesprochenes Krankheitsbewusstsein, welches in der Erkenntnis der Verursachung des in Betracht kommenden Zustandes den Begriff desselben im angenommenen Sinne überschreitet, durch die fehlende Erkenntnis der Irrealität des von aussen Aufgezwungenwerdens sich aber von der Krankheitseinsicht abscheidet.

Die Grundbedingung, dass Krankheitseinsicht zustande komme, ist die Möglichkeit, dass zu einer bestimmten Zeit die Erinnerung und die Erinnerungsmöglichkeit früherer Zustände gegeben sei. Diese beiden Momente sind erforderlich, wenn die Frage, ob Krankheitseinsicht bestehe, für die Zeit der Rekonvaleszenz und der Gesundheit aufgeworfen wird, ebenso, als wenn sie für manche luzide Intervalle im Ablaufe der Krankheit in Frage gestellt wird. Besitzt ein Genesener oder Genesender nicht die Erinnerung an seine früheren krankhaften Zustände, dann fehlt ihm die Grundlage für den vergleichenden Akt, als welcher die Krankheitseinsicht in psychologischer Hinsicht aufzufassen ist. Die Kenntnis des gegenwärtigen Zustandes muss wie jene des früheren dem Einsichtigen gegenwärtig sein, damit er beide nebeneinander prüfen könne. Diese letztere ist das geistige Richtmass, welches das Individuum an alles es Betreffende anlegt. Es verhält sich hier genau wie in dem Falle, wo es sich um den Vergleich zweier normaler Zustände handelt. Deswegen findet auch die Tatsache, dass die Gründlichkeit der Einsicht in gerade proportionalem Verhältnisse zur Klarheit, Detaillierung und Sicherheit der Zustandserinnerungen steht, auch für die in Betracht kommenden psychotischen Fälle ihre Anwendung. Weiter folgt daraus, dass die Einschätzung früherer Zustände umso schwerer sein wird, jemehr dieselben mit dem normalen Leben des Genesenden verankert und verknüpft sind. Krankhafte affektive Störungen werden daher stets einer nachträglichen korrigierenden Erkenntnis eher zugänglich gemacht werden, wie wahnhafte Zustände, welche dem vorpsychotischen Lebensgange des Individuums sich verkettet haben. Dieser Fall wird eintreten, wenn zwischen Wahnideen und früheren Gedankengängen irgend eine Kongruenz besteht. Fremdere, der Persönlichkeit des Kranken fernerliegende Ideen regen leichter die Kritik des Individuums an,

weil sie mit diesem Fernerliegen dem Streben abseits liegen. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass solche Ideen erfahrungsgemäss (man sehe ab von den organischen Geisteskrankheiten) in jenen Psychosen zum Vorscheine kommen, welche akut verlaufen und schon aus diesem Verlaufe besondere Aussichten auf Gesundung und Eintreten der Krankheitseinsicht bieten. Diese eben angeführte Tatsache gründet sich in der, dass bei jenen ersten Ideen der Beziehungscharakter derselben leicht Anknüpfungen zu den allgemeinen Lebensverhältnissen des Individuums findet, wodurch gleichzeitig die affektive Verkettung eine leichtere und innigere wird nach dem Gesetze der affektiven Assoziation. Bei den letzteren aber macht es gerade die Loslösung desselben von dem normalen Lebensinhalte, dass sie doch ihre schwere affektive Bedeutung verlieren, damit aus dem Zusammenhange heraustreten und dadurch leichter Objekt einer Krankheitseinsicht werden können, als jene, welche diesen genannten Charakter nicht haben. Von vornherein affektive Störungen werden darum in Hinsicht auf sich ansbildende Krankheitseinsicht umso mehr Aussicht bieten, je weniger dieselben in ihren Verlaufe zur Ausbildung von festen Wahnideen führten. Für diese Auffassung kann man auf die Tatsache hinweisen, dass der Gross- theil der rein manischen und melancholischen Krankheitsbilder einen diesbezüglichen günstigen Verlauf hat.

Krankheitseinsicht ist dennoch in allen jenen Fällen nicht zu erwarten, in denen jene Erinnerung oder Erinnerungsmöglichkeit nicht da ist, in jenen Fällen, in denen Amnesie für die krankhaften Vorfälle besteht. Fehlerhaft ist daher die Ansicht jener, welche die Krankheitseinsicht als Kennzeichen einer Heilung verlangen, welche da sein müsse, um von einer Heilung überhaupt reden zu können. Abgesehen von hysterischen und epileptischen Ausnahmezuständen, Alkohol und Fieberdelirien widersprechen einer solchen Auffassung viele Fälle von Amentia-Erkrankungen. Auch das hilft nicht über die aus diesen Fällen sich erhebende Unmöglichkeit, die genannte Ansicht zu vertreten, hinweg, dass man zwischen detaillierter und summarischer Krankheitseinsicht unterscheidet. Denn auch die letztere ist oft nicht vorhanden.

Ein Soldat wurde in einem schweren akuten Erregungszustande eingebracht, der im Beginne eines kurzenurlaubes aufgetreten war. Mit dem Ausdrucke weitgehender affektiver Erregung berichtet er, seine Frau sei mit einem Liebhaber durchgebrannt, er habe zu Hause nur leere Wände gefunden und der Liebhaber habe ihm 15000 Gulden gestohlen. Nach zwei Tagen war der Patient vollkommen klar. Als ihm seine früheren Aussagen vorgehalten wurden, war er verduzt, hielt es für unmöglich, dass er so etwas auch nur denken konnte. Die wieder eingetretene psychische Ordnung war von Dauer, es kam

dem Patienten nie eine Spur einer Erinnerung. Er musste als geistesgesund geworden angesehen werden, nachdem sein Handeln zur psychologischen Norm zurückgekehrt war. Der Fall wurde mangels aller alkoholischen, hysterischen, toxischen und epileptischen Antezedentien und hysterischen Stigmata als Amentia diagnostiziert.

Die Tiefe der zu Stande kommenden Krankheitseinsicht ist nicht in allen Fällen die gleiche. Sie entspricht immer der geistigen Reife des in Betracht kommenden Individuums und seiner Fähigkeit, sein eigenes geistiges Leben in seinen verschiedenen Kurven zu beobachten, dem Masse der Selbstkritik, welches jenes zu üben gelernt hat. Die Stufenleiter der fortschreitenden Möglichkeiten verläuft hier proportional der allgemeinen geistigen Ausbildung der Individuen. Dieselbe dürfte entscheidend sein, ob es im einzelnen Falle zum Krankheitsbewusstsein (in dem eingangs erwähnten Sinne) oder zur Krankheitseinsicht kommt. Diese Erwägung führt von einer anderen Richtung wie jene des vorhergehenden Absatzes zur Erkenntnis, die dort erwähnte Ansicht, man müsse die wiedergekehrte geistige Gesundheit durch die Krankheitseinsicht bestimmen, unrichtig sei. Denn die kindlichen Psychosen führen meistens zur vollständigen geistigen Gesundheit, ohne dass irgend eine relative oder absolute Krankheitseinsicht sich entwickelt.

Ich sagte früher, die Krankheitseinsicht sei das Resultat eines Vergleiches des im Augenblick des Vergleichaktes bestehenden und vom Bewusstsein erfassten Zustandes mit einem anderen als erinnelter bewussten. Dass er den ersten als den objektiv richtigen erkennt, begründet sich in der dem naturgemässen Streben des Individuums nach Befriedigung entsprechenden Natur der jetzt von ihm gesetzten äusseren und inneren Akte; dass er den letzteren gegensätzlich findet, indem nach der Erinnerung gegensätzlichen Charakter der entsprechenden Akte. Entsprechend der teleologischen Einrichtung des Universums besteht für die Beurteilung der menschlichen Handlungen, ob sie normal oder abnormal seien, der Gesichtspunkt zu Recht, dass sie danach zu bewerten seien, ob sie zur Selbsterhaltung und Selbstentfaltung, zur Befriedigung beitragen. Normal ist jener Mensch, dessen Handeln jenen Zielen angepasst ist. Als normal beurteilt das Individuum jene Handlungen, welche zu diesem Ziele führen. Auch das kranke Individuum wird in den meisten Fällen eine Bezeichnung seiner Handlungen als krankhafter entschieden zurückweisen, auf dem Standpunkt stehen, seine Handlungsweise sei die gesunde.

Früher hatte man auch in wissenschaftlichen Kreisen die Ansicht, dass jedem geisteskranken Individuum die Beurteilung seiner Handlungen als krankhafter unmöglich sei. Erst um die Mitte des vergangenen

Jahrhunderts tauchten Stimmen auf, welche für eine gegenteilige Ansicht eintraten. Pick hat im 13. Bande des Archivs für Psychiatrie eine eingehende Studie über dieses Thema im zweiterwähnten Sinne veröffentlicht. In derselben sind auch Erklärungsversuche erwähnt, durch welche einzelne Autoren der Erfassung der Tatsache auf den Grund zu kommen suchten.

Zu einer psychologischen Erklärung kann der Vergleich mit dem nächststehenden Akte aus dem normalen Geistesleben einige Anhaltspunkte geben. Dieser Akt ist der Irrtum. Dass derselbe zur Erläuterung herangezogen werden kann, wird nur dadurch möglich, dass bei den normal-psychologischen wie bei den patho-psychologischen Handlungen dieselbe in ihrem Grundvermögen unveränderliche Psyche als Wirkungsursache da ist. Die Grundeigenart der Psyche bleibt auch unter den gestörten Bedingungen ihrer Wirksamkeit dieselbe. Jene psychologischen Momente, die bei der Irrtumseinsicht wirken, werden darum auch dort einen ursächlichen Einfluss haben, wo es um Irrseinseinsicht sich handelt. Die die Irrtumseinsicht begünstigenden Momente werden auf das Entstehen einer Irrseinseinsicht förderlich wirken, die jene hemmenden Momente für das Entstehen dieser ein Hemmnis sein. Zur ersteren Kategorie gehört die Freiheit von krankhafter affektiver Erregtheit und Erregbarkeit, zur zweiten deren Vorhandensein.

Es scheint mir, dass man die wichtige Rolle, welche die Affektivität im Geistesleben überhaupt spielt, oft nicht in gebührender Weise einschätzt, da man doch immer wieder Stimmen hört, welche für die Eigenkraft der Vorstellungen eintreten, als ob die den Willen treibende und bestimmende Kraft derselben nicht der psychologisch notwendigen sofortigen Verknüpfung von Erkenntnis und Gefühl, sondern auch nur in einem Falle der Vorstellung als solcher entspringen würde. Man braucht durchaus kein bedingungsloser Anhänger der Freud'schen Schule zu sein, um den Wert ihrer Bestrebungen, der Affektivität eine höhere Bewertung in der Beurteilung der psychologischen und der psychopathologischen Zustände zu verschaffen, rückhaltslos anzuerkennen. Wie im Geistesleben im Allgemeinen darf man die Einflussnahme des Gefühllebens bei der Entstehung und der Behinderung der Krankheitseinsicht nicht übersehen. 'Das Verhältnis der affektiven Betonung zur Krankheitseinsicht wird immer das der umgekehrten Proportion sein. Die Erkenntnis eines Irrtums gelingt dann, wenn das in Frage kommende Erlebnis, sei es durch die Ueberlegung, sei es durch den Einfluss der Zeit, seine gemütliche Schärfe verloren hat. In gleicher Weise wird ein Haupterfordernis zum Zustandekommen der Krankheitseinsicht sein, dass die allzu leichte und allzu scharfe Reaktion auf Erkenntnis-

akte aufgehört hat. Diese teleologisch inadäquate Reaktion ist für alle physisch abnormen Zustände der Schlüssel zu deren Verständnis. Jede Schwierigkeit zur Erkenntnis einer psychischen Abnormität entsteht, abgesehen von den reinen Defektzuständen, beim betroffenen Individuum selbst aus der übermäßig gesteigerten Kraft, welcher ein bestimmter Affekt über die mit anderen Erkenntnisakten sich erhebenden gewinnt. Dieselbe erzeugt Hemmung oder sogar Aufhebung der Folgerichtigkeit des Denkens und Handelns, weil sie das ganze Leben in eine dem objektiven Lebenszweck entgegenlaufende Einseitigkeit hineindrängt.

Erst nach Aufhebung dieses Einflusses kann eine energische intellektuelle Arbeit einsetzen, welche zu einer Vertiefung der einmal möglich gewordenen Einsicht führt. Diese Festsetzung hat für die Krankheitseinsicht gesunder und gesund gewordener Individuen in der gleichen Weise Gültigkeit, wie für die in den längeren und kürzeren Krankheitsremissionen, welche letztere man mit Vorliebe als luzide Intervalle bezeichnet. Forscht man nach dem Grunde dieser Erscheinung, wird man kaum einen anderen angeben können, als dass aus jener affektiven Betonung eine Verbindung mit der geistigen Persönlichkeit entspringt, welche eine Loslösung von dem Erkenntnisakt erschwert oder unmöglich macht, welche dem einzelnen psychischen Inhalte einen Ueberzeugungscharakter gibt, der dem betreffenden Individuum als objektive Wahrheit imponiert. Solange dieser Ueberzeugungscharakter besteht, ist es dem Individuum unmöglich, zur Erkenntnis der Unrichtigkeit des Erkenntnisaktes vorzudringen.

Die erwähnte affektive Tonung irgend eines Erlebnisses begründet die jedesmalige innere Stellungnahme des Individuums. Ob diese Stellungnahme innerhalb eines noch in der Gesundheitsbreite liegenden Zeitraumes einer Aenderung zur objektiv richtigen Bewertung fähig ist, oder erst ein darüber hinausliegender dazu führt oder eine Unkorrigierbarkeit der eigenommenen Stellung bestehen bleibt, hängt wieder von der habituellen Reaktionsweise des Individuums ab, ausschlaggebend ist auch meiner Ansicht wiederum die Beschaffenheit des affektiven Vermögens der Psyche.

Die Stellung des Individuums kann zunächst eine zweifache sein; entweder gelingt es ihm schon zur Zeit der Kenntnisaufnahme zur objektiven Wahrheit durchzudringen oder nicht. Im letzteren Falle kann entweder nach einem bei verschiedenen Fällen und verschiedenen Individuen verschieden langen Zeitraum eine Korrektur ausbleiben. Auch dann, wenn der erste Fall gegeben ist, kann doch trotz des richtigen intellektuellen Aktes, trotz der richtigen Erkenntnis jenes Gefühl des

Befriedigtseins fehlen, welches der allgemeinen psychischen Zweckmässigkeit und Naturerfüllung folgt. Dieser Defekt hat seinen Grund in der dann bestehenden Willensunentschiedenheit. Umgekehrt bildet ein unrichtiger Erkenntnisakt keinen Grund, das erwähnte Gefühl unmöglich zu machen. Nur darf man damit nicht ein anderes verwechseln, welches nicht von dem Inhalte eines Erkenntnisaktes an sich seinen Ursprung nimmt, sondern einer zufälligen Verknüpfung entspringt, welche Handlungen und Erlebnisse mit diesem haben; dieselben können dann, wenn sie eine Unannehmlichkeit zur Folge haben, ein Unlustgefühl auslösen; mit dem als wahr hingenommenen Inhalt hat dasselbe aber nichts zu tun. Auch dann, wenn die intellektuelle Haltung des Individuums nicht gleich die Einsicht in das Fehlerhafte des Erkenntnisaktes gestattet, kann die Stellungnahme desselben eine zweifache sein, indem der Korrektionsakt nach einiger Zeit sich einstellt oder ausbleibt. Durch die Gegensätzlichkeit dieses Verhaltens erklärt sich die Wesensverschiedenheit psychologischer Akte.

Diese Tatsachen lassen die Assoziationspsychologie als fehlerhaft erkennen, denn bei der Voraussetzung derselben, dass der Wille nicht vom Erkenntnisvermögen wesentlich Verschiedenes sei, wäre eine verschiedene Stellung des Individuums gegenüber logisch gleich begründeten Erlebnissen nicht möglich. Es würde überhaupt unmöglich sein, dieselbe zu erklären, insbesondere aber, wie im Laufe der Zeit eine einmal eingenommene Stellung verändert werden könnte; mit anderen Worten wie Irrtumskorrektur und Krankheitseinsicht zu Stande kommen. Das Erlebnis bleibt dasselbe. Wodurch geschieht es, dass das Individuum zu verschiedenen Zeitpunkten in ein anderes Verhältnis zu ihm tritt, dass es seine innerliche Beziehung zu ihm ändert? Und wenn man gar bedenkt, dass diese Stellungsänderung einer Entscheidung des Individuums selbst entspringen kann, während die Erkenntnistätigkeit ein rein passives Vermögen ist, wird dem Denkenden klar, dass die Assoziationspsychologie, welche das ganze geistige Leben in einer Summation von Erkenntnisakten sich erschöpfen lässt, zur Erklärung der psychologischen Akte des behandelten Themas nichts beitragen kann.

Aus der früheren Zweiteilung ist somit eine Vierteilung geworden. Erstens kann zur Zeit des sich vollziehenden Erkenntnisaktes der entsprechende Anerkennungsakt ohne weiteres sich einstellen, zweitens kann zu jener Zeit der Anerkennungsakt unmöglich sein, weil der Wille zu einem abschliessenden Urteile sich nicht durchsetzen kann; drittens kann der objektiv richtige Erkenntnisakt einem früherem falschen doch nach einiger Zeit folgen, wenn die Hemmungen äusserlich richtiger Erkenntnis

gefallen sind; viertens kann der objektiv richtige Erkenntnisakt innerhalb einer noch als normal-psychologisch zu bezeichnenden Zeit unmöglich sein, infolge innerer Hemmungen. Im ersten Falle ergibt sich das Bild vollkommener geistiger Normalität, welches im dritten eigentlich nur verdeckt wird. Dagegen erscheinen 2 und 4 psychologische Zustände. Zwei behalten die Zwangsvorstellungszustände, vier die paranoischen Geistesstörungen und die affektiven Psychosen.

Es ist nicht notwendig, eine Unterscheidung zwischen akut verlaufenden und chronischen paranoischen Zukunftsbildern zu machen, da für das vorliegende Thema nur das Paranoische einfach hin in Frage kommt.

Solange die gemüthlichen Störungen der affektiven Psychosen so heftige sind, dass die aus den Innenempfindungen geborene Störung der zerebralen Zentren durch die Psyche nicht überwunden werden kann, ist bei denselben an das Zustandekommen einer Krankheitseinsicht nicht zu denken. Sobald aber ein Abklingen jener zentralen Störung, eine Beruhigung der aus ihrer Ruhelage herausgeworfenen biologischen und vielleicht anatomischen Funktionen, eingetreten ist, erscheint damit die Grundlage für die Ausbildung der Krankheitseinsicht gegeben. Für das mehr oder minder Kritische, für die Tiefe des diesbezüglichen Reasonements, ist die habituelle Kritikfähigkeit des einzelnen Individuums massgebend. Detaillierter darf man sie bei einer geistig höher stehenden, summarischer bei einer geistig niedrig stehenden Person erwarten. Ausserdem darf man nicht übersehen, dass auch für die Ausweitung jener Einsicht die retrospektive Meditation eine grosse Rolle spielt, zumal ja die Erinnerung an alle in der Krankheit durchlebten Erlebnisse nicht in einem Bilde und mit einem Schlage, sondern gewöhnlich erst im Ablaufe der Zeit kommt.

In Hinsicht der Krankheitseinsicht, dem nach durchgemachter affektiver Psychose wiederkehrenden Gesundheitszustande gleich, ist oft das mit der jenem früheren Zustande in der grundlegenden Verstimmung im Gegensatze stehende spätere Krankheitsbild. Im manischen Zustande kann Einsicht für die früheren depressiven Krankheitserscheinungen und im depressiven für frühere manische bestehen. Besonders im Beginne der diesbezüglichen Krankheitszustände und bei geringer Intensität derselben sind derartige Beobachtungen zu machen. Während aber die Details vielleicht in besonderer Schärfe herausrücken, ist der objektive Wert einer solchen Einsicht doch zum wenigsten kein besonderer, weil man nie einer der Wirklichkeit entsprechenden Adäquatheit derselben sicher sein kann, sondern immer an Uebertreibung der gegen-

sätzlichen Erinnerung denken muss. Die Art, in welcher solcher Einsicht Ausdruck gegeben wird, kann Anhaltspunkte dafür geben, als Bilder welcher zusammengesetzten Psychose jene zu betrachten seien.

Bezüglich der Krankheitseinsicht ist bei jenen beiden affektiv-psychotischen Zustände eine Verschiedenheit zu vermerken, insoferne, als bei den manischen eine solche bezüglich der depressiven häufiger in die Erscheinung tritt. Ich bin entfernt davon zu behaupten, dass sie bei letzteren in Bezug auf erstere nicht ebenso häufig vorhanden sei. Nachdem sich aber dieser Vorgang als innerer der direkten Kenntnissnahme entzieht, ist es unmöglich, darüber ein Urteil zu fällen, während die verbalen Mitteilungen der Kranken über die Richtigkeit der ersteren Behauptung keinen Zweifel lassen. Möglicherweise lassen die depressiven Verstimmungen nur weniger eine solche Mitteilbarkeit der Individuen aufkommen und verdecken dadurch das Bestehen der vorhandenen Einsicht für den Beobachter.

Am leichtesten verständlich ist die Krankheitseinsicht bei den Zwangsvorstellungen, weil bei denselben die Einsicht in den psychologischen Vorgang einen wesentlichen Zug des ganzen Krankheitsbildes darstellt. Denn der subjektiv empfundene Zwang hat zur notwendigen Bedingung, dass die Erkenntnis des Widerstrebens durch logisches Denken hervorgerufen und frei aufsteigender Vorstellung dem Willen einen Zwang bereite, der dadurch bewirkt wird, dass es diesem nicht gelingt, zum entscheidenden Beschlusse zu kommen, nur die eine Vorstellung als die Norm seines Handelns wirken zu lassen. Der daraus entspringende innere Kampf, welchen das Individuum durch das Auftreten der sogenannten Zwangsvorstellung im Gegensatz zu einer gleichzeitig bestehenden logisch richtigen Vorstellung zu bestehen hat, ist das den psychischen Zwang Kennzeichnende.

Dieser Begriff des psychischen Zwanges wurde vielfach verkannt. Man hat sich heute in vielen Kreisen daran gewöhnt, aus ihm das Gefühl des Subjektivempfundenseins auszuschalten und psychische Vorgänge als Zwangsvorgänge in gleichem Sinne wie die Zwangsvorstellungen zu bezeichnen, bei welchen der Zwang nur für den Beobachter als eine durch eine bestimmte Willensrichtung gekennzeichnete Form einer menschlichen Handlung erscheint; Empfindungen, Tics und Angstanfälle können nie in dem von mir in Anlehnung an Westphal festgehaltenen Sinne mit dem Bestimmungsworte des Zwanges versehen werden, weil für ihr Zustandekommen der Wille als genetischer Faktor versagt. Auch das Moment der Unverdrängbarkeit gibt den Begriff des psychischen Zwanges nicht gehörig wieder, da damit nichts über die Stellung einer Handlung im Rahmen des spezifisch Menschlichen

ausgesagt wird. Denn die natürliche Art der menschlichen Handlungsweise erfährt bei durch diese Eigenschaft gekennzeichneten Handlungen keine Beeinträchtigung. Zur Empfindung eines Zwanges kann es nicht kommen. Alle psychischen Vorgänge sind von den Zwangsvorstellungen ausgeschlossen, bei welchen es nicht von vornherein zu einem Eingreifen des überlegenden Ichs kommt im Augenblicke ihres Auftretes.

Der Begriff der Zwangsvorstellungen war schon dem Hippokrates bekannt; Westphal hätte also richtiger nicht von einem neuen Krankheitsbilde der Zwangsvorstellungen gesprochen, sondern nur von einer erneuten Darstellung desselben. Wem fielen, wenn er die von Nasse (*De insania commentatio secundum libros Hippocraticos*, Leipzig 1819) wiedergegebene Erzählung des Altmeisters der Medizin, von einem gewissen Timokles liest, nicht die Diskussionen der letzten Dezennien über Agoraphobie ein? Timokles wurde, an einem Graben oder einer Brücke angelangt, von unüberwindlicher Angst, hinabzufallen, ergriffen, die ihm das Ueberschreiten unmöglich machte. Aus dem von Hippokrates gebrauchten Ausdrucke *λυσσωματεῖν* schliesst Nasse: *Aegrotum non solum vertigine tentatum fuisse sed etiam fixa sibi cogitatione laborasse*. Der Kranke besass also Krankheitseinsicht.

Es ist selbstverständlich, dass man in vielen Fällen von Zwangsvorstellungskrankheit sich mit einer relativen Krankheitseinsicht wird begnügen müssen. Dass aber diese in irgend einem Falle fehlen sollte, scheint mir unmöglich, wenn man nur mit jenem Grade sich bescheidet, der bei dem Bildungsgrade des Individuums möglich ist. Schliesslich bedeutet die Ausdrucksweise für den an sich gleichen inneren Vorgang nicht mehr, als eine mehr oder minder schöne Einkleidung desselben. Dieselbe ist Sache des Bildungsniveaus. Warum kämpft denn der Betroffene gegen seine Vorstellungen an? Doch nur, weil er dieselben als Etwas seinem Ich Schadenbringendes erkennt. Das Auftreten gegen dieselben ist ein sicheres Kennzeichen, dass er von den Unzukömmlichkeiten jener Vorstellungen, von deren Unvereinbarkeit mit seinem geistigen Wohlergehen überzeugt ist, dass er weiss, dass nach denselben zu handeln, seinem geistigen Leben abträglich ist. Dass er oft für sie das Wort Krankheit nicht anwendet, mag ja sein, das Ausschlaggebende ist, dass er ihnen gegenüber eine Stellung einnimmt, wie er sie nur Krankheiten entgegenträgt, die Stellung der Abwehr.

Diese Stellungnahme bezieht sich auf jene Vorstellungen unmittelbar, nicht auf irgend ein unangenehmes Erlebnis, welches dem Individuum begegnet, wenn es jenen Vorstellungen gemäss handelt. Eine solche kann bei den Zwangsvorstellungen auch vorhanden sein; sie ist aber nicht dasjenige, wodurch die Reaktion des Individuums gegenüber jener auf andere psychologische Ereignisse charakterisiert ist.

Den Zwangsvorstellungen in Hinsicht auf Krankheitseinsicht zunächststehend sind die Pseudohalluzinationen. Bei ihnen kommt es zur Hervorrufung sinnlicher Vorstellungen und sinnlicher Bilder, welche an sich von den echten Halluzinationen sich nicht unterscheiden, aber noch im Momente ihres Auftretens von dem betroffenen Individuum als etwas subjektiv Entstandenes erkannt werden. Diese Erkenntnis des subjektiven Ursprunges schliesst die Erkenntnis des ganzen Vorganges als eines krankhaften in sich, da ja damit die Erkenntnis eines naturwidrigen Entstehens vorliegt. Wie bei den Zwangsvorstellungen gehört die Krankheitseinsicht zum Wesen des ganzen Krankheitsbildes der Pseudohalluzinationen. Das geistige Gebilde, auf welche sich hier die Einsicht bezieht, ist ein anderes. Der Pseudohalluzinant steht den Halluzinationen gegenüber wie einer, der ein Gemälde betrachtet und dasselbe kritisiert. Der Unterschied der geistigen Gebilde der Zwangsvorstellungen und der Pseudohalluzinationen wird öfter mit dem oft vorhandenen Unterschiede in der erst sekundär auftretenden Affektlage verwechselt. Tatsache ist, dass die Zwangsvorstellungen immer von einem Affekte der Unlust begleitet, während Pseudohalluzinationen Lust ebenso wie Unlust erzeugen können. Eben deswegen werden erstere als etwas Zwangsmässiges empfunden, was bei lustbetonten Vorstellungen gar nicht der Fall sein kann, erst dieses Zwangsmässige führt dazu, dass das betroffene Individuum jene Vorstellungen als etwas Fremdes empfindet. Krankhafte psychische Gebilde geben so lange keinen Anlass zu einem Entgegenstreben des Individuums, als sie nicht zum wenigsten als etwas Lästiges oder Fremdes empfunden werden. Sicher als solches treten nun die Pseudohalluzinationen in jedem Falle auf, da sie dem Individuum gegenüber seinen sonstigen Wahrnehmungen als etwas Neues imponieren. Sie erzeugen zwischen sich und der übrigen Persönlichkeit einen Gegensatz. Die Einsicht in diesen Gegensatz ist die Krankheitseinsicht bei Pseudohalluzinationen.

Bei allen anderen Halluzinationen ist die für längere oder kürzere Zeit bestehende Ueberzeugung von der Objektivität derselben kennzeichnend. Von einer Krankheitseinsicht kann erst die Rede sein, wenn die durch sie bewirkte Persönlichkeitsveränderung vorübergehend oder dauernd schwindet, wenn Remission des Krankheitsprozesses oder seine Heilung eingetreten ist. Dann kommt es zur normalen Perzeptionsfähigkeit, welche alle der Natur des Individuums zuwider gehenden äusseren und inneren Handlungen richtig erkennt und zu jener Assoziationsfähigkeit, welche durch objektiv richtige Verknüpfung der einzelnen Wahrnehmungs- und Erinnerungsvorstellungen charakterisiert ist. In den Remissionen steht der Kranke in einer stabilen Ruhelage gegenüber

seinen früheren Zustände, nicht anders, als ein normales Individuum nach einem Affektzustande demselben nach Eintritt der Beruhigung gegenübersteht. In der Erinnerung sind ihm seine früheren Erlebnisse haften geblieben, er kritisiert dieselben in Bezug auf ihre seiner Natur entsprechende Tragfähigkeit und gewinnt aus dem Fehlen derselben die Ueberzeugung ihrer Schädlichkeit. Bei den Halluzinationen besteht diese Prüfung darin, dass er der Begründung der in Betracht kommenden von ihm gemachten Wahrnehmungen nachgeht. Sobald er nun einen Gegensatz zu der natürlichen Bildungsart seiner sonstigen Wahrnehmungen findet, ist ihm ohne weiteres die Krankhaftigkeit der ohne äussere (nähere oder entferntere) Kausalität dagewesenen Wahrnehmungen klar.

In ähnlicher Weise bildet sich die Krankheitseinsicht bei den Wahnideen. Auch hier bildet die Grundlage derselben die Möglichkeit eines Urteiles, in dessen Prämissen die beiden zu beurteilenden Vorstellungsgattungen durch einen oder mehrere Mittelbegriffe verglichen werden.

Dass Remissionen während des Krankheitsverlaufes tatsächlich vorkommen, ist jedem Psychiater bekannt. Durch die Leugnung dieser Tatsache würde man sich hinter die Mitte des vergangenen Jahrhunderts zurücksetzen. Auf die psychologische Begründung hat man aber vielfach nicht jene Aufmerksamkeit verwendet, welche eine diesbezügliche Erkenntnis wert ist. Jene psychologische Begründung stützt sich auf den Wegfall der Hemmungen, welche die freie Betätigung der natürlichen Assoziationsfähigkeit einschränken oder aufheben. Alle diese Hemmungen sind affektiven Charakters. Man hat sich aber daran gewöhnt, nur jene als solche zu bezeichnen, welche letzten Endes als ihr direkt in die Augen springendes Kennzeichen das affektive Moment hervorkehren. Andere, bei denen intellektuell assoziative Störungen im Vordergrunde erscheinen, hat man abgetrennt.

Zu diesen letzteren zählt man vor allem die der bestimmten Individualität wesentliche geistige Konstitution. Ausser dieser gehören hierher die berufliche und ausserberufliche Beschäftigung des Kranken, das ihn umgebende soziale Milieu und der ihm zugewiesene oder aufgezwungene Umgang. (Die Wirksamkeit dieser Faktoren ist, wie ich schon betonte, auch auf der von ihnen ausgelösten Stimmung beruhend). Die aus ihnen im gegebenen Falle entspringende Hemmung in Hinsicht einer sonst möglichen Krankheitseinsicht begründet sich psychologisch darin, dass die erwähnten Momente, wenn sie in der den vorhandenen Wahnideen gleichlaufenden Richtung wirken, notwendigerweise zur Ausbildung von Erklärungsideen führen, welche dann eine Verschärfung der Grundideen in der Weise verursachen, dass dieselben dem Indivi-

daum eine breitere Basis geben. Diese Tatsache an sich, wie auch die Erfahrung, dass eine solche Verknüpfung der einzelnen Ideengänge die Einsicht in die Fehlerhaftigkeit der an der Spitze stehenden pathologischen Idee verhindert, sind imstande, die Bedeutung der Erklärungs-ideen in das rechte Licht zu rücken. Die Reaktion im Sinne der Ausbildung von Erklärungs-ideen ist nicht als das Resultat einer abnormalen Gedankentätigkeit, sondern als durch krankhafte Stimmungslage verursachte, energische Reaktion auf die einmal gesetzte Veränderung des Bewusstseinsinhaltes zu betrachten. Die beim Ausbau der Erklärungs-ideen sich bekundende Denkkraft ist ebenso normal wie jene beim Zustandekommen der Krankheitseinsichten zu betätigende. Einzig die Richtung ist eine verschiedene, bewirkt dadurch, dass ein subjektiver, aber als objektiv richtig hingenommener geistiger Vorgang die Grundlage für ein Gedankengebäude abgibt.

Die Erkenntnis des Irrtumes kann auf einem doppelten Wege geschehen, indem entweder die erkannte Unmöglichkeit einer der Erklärungs-ideen rückwärtsschreitend zur Korrektur der Grundidee führt oder in erster Linie diese erschüttert und damit das ganze über ihr sich erhebende Gebäude dem Zusammensturze preisgegeben wird. Man sollte meinen, dass beim Irresein dieser doppelte Weg ebenfalls eingeschlagen werde. Nach meiner Erfahrung wird immer nur der zweite Weg gegangen; die lehrreichsten Beispiele, welche dieselbe belegen, werden durch die typischen Trinkerdelirien gegeben. Ein langer tiefer Schlaf führt erstens zu einer vollständigen Persönlichkeitsänderung der im Delirium befangen gewesenen Person, alle Sinnestäuschung ist vorüber und was in der Erinnerung davon hängen blieb, wird ohne Weiteres als „Dummheit“ „Unsinn“ und „Krankheit“ erkannt. Ich bin bei meinen retrospektiven Krankenexplorationen wiederholt dieser Erscheinung nachgegangen und habe in den psychologischen Gang derselben einzudringen gesucht. Verwertbar wurde mir beim Auseinanderlegen desselben, dass die Kranken selbst bei sonstiger guter Assoziationsfähigkeit sich nie dazu aufrufen konnten, sogar bei Unsinnigkeit der Erklärungswahnideen rückwärtsgehend der unterliegenden Grundidee ihre logische Berechtigung abzuerkennen; im Gegenteil waren sie immer bereit zu erklären, es musste halt doch so sein. In dieser Erscheinung findet das dem Menschen natürliche Streben nach Konsequenz im Denken beredeten Ausdruck. Dieses Streben ist ununterdrückbar.

Man darf mit demselben an sich die Möglichkeit nicht verwechseln, den Ausdruck desselben anhalten zu können; dieselbe ist gleichbedeutend mit der Möglichkeit der Simulation. Diese hängt davon ab, ob für das Individuum wichtige Interessen vorliegen, welche für längere oder kürzere

Zeit es ermöglichen, Handlungen im Sinne der Wahnideen zu unterlassen oder gar denselben entgegenlaufende auszuführen. Bei den meisten Anstaltskranken, welche für diesen Punkt in Betracht kommen, liegt dieses wichtige Moment in dem Wunsche, die Freiheit zu erlangen. Unter zwei Bedingungen wird es dem Individuum unmöglich zu simulieren. Erstens, wenn die mit der Wahnidee verbundene affektive Kraft die zum Zustandekommen der Simulation notwendige Selbstbeherrschung unmöglich macht, und zweitens, wenn ein allgemeiner Defekt des Affektlebens, welcher in Indifferenz gegenüber seiner Situation zum Ausdruck kommt, dem Individuum die Notwendigkeit der Zurückhaltung in den Äusserungen seiner Wahnhaftigkeit nicht mehr aufdrängt.

Umgekehrt können einem Individuum in seiner Interessensphäre sich Gründe aufdrängen, welche ihm nahelegen, trotz vorhandener innerer Einsicht dieselbe nicht in erkenntlicher Weise nach aussen treten zu lassen, eine vorhandene Krankheitseinsicht zu dissimulieren. Neben der Beobachtung der Handlungsweise des Kranken kann man auch hier einen Anhaltspunkt für die Wahrscheinlichkeit der Dissimulation gewinnen aus der Ueberlegung der Vorteile, welche einem Individuum aus dem Weiterbestande der Krankheit entstehen. Man könnte deswegen meinen, dass gerade unter dem militärischen Material der psychiatrischen Anstalten wenigstens eine grössere Zahl von Patienten zu finden sein werde, bei der eine solche Dissimulation in Frage kommen könnte. In unserer Anstalt haben wir Aerzte eine dahingehende Erfahrung nicht gemacht; auch habe ich in der umfangreichen deutsch geschriebenen psychiatrischen Kriegsliteratur keine diesbezügliche Angaben machen können, woraus man wohl mit Sicherheit schliessen kann, dass zum wenigsten bei keiner nennenswerten Patientenzahl derartige Beobachtungen gemacht wurden. Uebrigens: wer kann einem, der einen akuten Gelenkrheumatismus überstanden hat, gegen dessen Aussagen beweisen, dass alle schmerzhaften Reste geschwunden sind? Niemand. Wer kann also schon gar einem nach einer Geisteskrankheit rekonvaleszenten Individuum auf den Kopf zusagen, dass diese oder jene neuropathischen oder psychopathischen Erscheinungen, zu denen seine Krankheit abgeklungen ist, nicht wahrhaft noch bestehen?

Wenn von einer Simulation oder Dissimulation gesprochen wird, ist es vor allem nötig, auf die Verschiedenheit der Individuen hinzuweisen, welche das Subjekt der Simulation oder Dissimulation sind. Dasselbe kann ein geistesgesundes (gesundgewordenes) oder ein noch geisteskrankes sein. Alle jene Individuen können Krankheitseinsicht simulieren oder dissimulieren, welche in Bezug auf Geisteskrankheit die genannten zwei Fähigkeiten entwickeln können. Denn in der Aenderung des Ob-

jektes der letzteren liegt kein Grund, die mögliche Ausübung derselben auch nur in Frage zu ziehen. Bezüglich der Geistesgesunden steht die Beantwortung der diesbezüglichen Frage ausser aller Diskussion; bezüglich der Geisteskranken aber braucht sie eine Unterscheidung.

Ob nur der Geistesgesunde imstande sei, Krankheitseinsicht zu simulieren, ist eine Frage, welche hier zu behandeln, mir von Vorteil scheint. Diese Frage kann man vielleicht deutlicher (unter Berücksichtigung des Themas) so formulieren: Ist das Vorhandensein von Krankheitseinsicht unter allen Umständen ein Beweis, dass das betreffende Individuum nicht geisteskrank sei?

Sich für eine positive oder eine negative Antwort zu entscheiden, hängt von der Stellung in der Grundfrage ab, ob bei einem geisteskranken Individuum Symptome da sein können, welche auch dasselbe als krankhaft erkennen kann. Ich glaube, diese Frage bejahend beantworten zu müssen. Hierher zu rechnen sind die jedem Psychiater unterkommenden Fälle, in denen Paranoiker gelegentlich durchgemachten Erregungszuständen das Brandmal krank aufdrücken, Epileptiker und Hysteriker für ihre Krämpfe und Ausnahmezustände die Bewertung als krankhafter zum Ausdruck bringen, Schwachsinnige und Dementia praecox-Kranke für einzelne Handlungen selbst den Ausdruck kranke Handlung gebrauchen. Wann immer der allgemeine Geisteszustand des Individuums eine solche Erkenntnis ermöglicht, kann Krankheitseinsicht sich ausbilden. Ich selbst bin weit davon entfernt, alle jene Beteuerungen der Schwachsinnigen, dass sie ihre Aufregungen als Krankheitszeichen erkennen, als klingende Münze zu nehmen. Sie haben dem Anstaltsaufenthalte seine trüben Stunden abgeschaut, finden dieselben doch zu unangenehm und suchen unter Weinen und Schwüren die Freiheit zu gewinnen. In gleicher Weise sieht man bei Paranoikern Krankheitseinsicht sich einstellen respektive als vorhanden zum Ausdruck gebracht in Bezug auf schwerere Erregungszustände, zu welchen sie sich in der Reaktion auf seine Sinnestäuschungen fortreissen lassen. Der Erkenntnis, dass dieselben abnormal und darum krankhaft seien, steht an sich kein grundsätzliches Hindernis entgegen. Unter den oben erwähnten Voraussetzungen kann man also hier von einer Krankheitseinsicht bei einem Paranoiker trotz Weiterbestehens einer paranoischen Krankheit reden. Die Krankheitseinsicht bezieht sich nicht auf das Wesen seiner Geisteskrankheit, sondern auf etwas derselben Externes, unwesentlich und rein äusserlich Verknüpftes. Insbesondere bei Hysterikern ist die Möglichkeit einer im gleichen Sinne laufenden Erkenntnis gegeben.

Dieselbe begründet die Ansicht, dass also in Bezug auf jene Äusserlichkeiten Krankheitseinsicht simuliert (und dissimuliert) werden

könne. Wenn dem einzelnen Individuum es möglich ist, zur Erkenntnis eines aus einem bestimmten Krankheitssymptome ihm entstehenden Vorteils oder Nachteils zu gelangen und jenen Vorteil oder die Vermeidung jenes Nachteils die Motivation seiner äusseren Handlungsweise sein zu lassen, ist damit das psychologische Requisit für das Auftreten von Simulation (und Dissimulation) gegeben. Der Geisteskranke steht den erwähnten Vorkommnissen in derselben Weise gegenüber wie ein Gesundgewordener oder in Remission Befindlicher den Zuständen der ehemaligen Geisteskrankheit. Solange es in seiner Gewalt steht, äussere Erscheinungen durch Absicht hervorzurufen, kann bei jedem Geisteskranken Simulation möglich sein; psychologisch erklärt, so lange es in seiner Gewalt steht, aus Vorstellungen von einem durch den Glauben anderer an die Wirklichkeit eines nicht vorhandenen Zustandes zu erlangenden Vorteil (oder abzuweisenden Nachteile) Handlungen entspringen zu lassen. Simulation und Krankheit, sagt Richarz, haben ein Gemeinsames, nämlich die Anomalie der äusseren Erscheinungen. Das beide Unterscheidende liegt darin, dass bei ersterer die Erscheinungen durch die Absicht der Täuschung vermittelt werden, während bei letzterer diese Absicht gar nicht einmal in Frage kommt, allerdings nur in Hinsicht auf die Krankheitserscheinungen selbst.

Manche Autoren betrachten als die Grundlage sich fixierender Wahnideen Schwachsinn des betroffenen Individuums (also eine allgemeine Minderung der geistigen speziell der intellektuellen Leistungsfähigkeit). Da es schliesslich nun doch Fälle von Heilung bei wahnbildenden Psychosen gibt, hätte man in ihnen ein klares Beispiel für die eben abgetanen Ausführungen. Dafür, dass man vielleicht annimmt, jener Schwachsinn werde den Wahnideen voraus geheilt, habe ich in der mir zugänglichen reichen Literatur keine Anhaltspunkte gefunden. Eine andere naheliegende Auffassung, dass man denselben auch bei wissenschaftlicher Exploration leicht übersehen könne, ist mir auch nicht untergekommen. In allen diesen Fällen würde die Heilung von den Wahnideen nicht gleichbedeutend sein einer Heilung des Individuums schlechthin. Eine Einsicht in die Krankhaftigkeit der Wahnideen würde nicht Einsicht in seine krankhafte Persönlichkeit sein. Simulation (und Dissimulation) in Hinsicht auf die Wahnideen würden gleich zu bewerten sein, wie ich früher von diesen psychologischen Vorgängen, von den Erregungszuständen der Schwachsinnigen es behauptete.

Der Anschein des Schwachsinn bei Paranoikern wird erweckt durch den passiven Zwang des Individuums, nach einer bestimmten Richtung in objektiv dem Inhalt der Wahnidee inadäquater Weise zu denken. Indem deswegen durch den Ausfall der jene Idee korrigierenden Er-

fahrungen das ganze Denken in Einseitigkeit hineingedrängt wird, erweckt die entstehende Monotonität des geistigen Lebens den Eindruck geistiger Schwäche.

Diese Auffassung besagt nicht, dass nur bei geistig rüstigen Menschen es zur Ausbildung von Wahnideen kommen könne und komme, sondern nur, dass Schwachsinn kein notwendiges Erfordernis derselben bilde.

Nach Jessen kommen die beharrlichsten und methodischsten Simulanten unter den Geisteskranken vor.

Das eventuelle Geständnis von Simulation darf darum nicht dazu verleiten, den Geständigen als geistig Gesunden anzusehen. Denn, wenn Kranke behaupten, dass sie dieses oder jenes Symptom willkürlich erzeugt hätten, dann haben sie damit, wenn die Wahrheit dieser ihrer Angaben sich herausstellt, nur bewiesen, dass trotz der Störung der Selbstbeherrschung, des Denkens und des Empfindens ein gewisses Mass von freier Selbstbestimmung ihnen geblieben ist. Wird ein hierher gehöriger Fall forensisch, dann haben die Sachverständigen den Richter darauf aufmerksam zu machen, dass Simulation und Geisteskrankheit sich nicht ausschliessen.

Man hat im Laufe der letzten Dezennten die Erfahrung gemacht und therapeutisch auszuwerten gesucht, dass organisch begründete Geisteskrankheiten durch fieberhafte körperliche Erkrankungen günstig beeinflusst werden, indem während derselben für kürzere oder längere Folgezeit Pausen des Krankheitsprozesses sich einstellten. Bei Paranoikern tritt oft bei schwereren körperlichen Krankheitszuständen weitgehende Beruhigung ein, durch welche die psychopathologischen Vorgänge so tief in den Hintergrund gedrückt werden, dass sie dem nur zuschauenden, aber nicht prüfenden Beobachter als vollständig verschwunden imponieren können. Entscheidend dafür, ob man hier tatsächlich von einer Heilung jener paranoischen Erscheinungen sprechen kann, oder nur von einer Herabsetzung der psychischen Aktivität sprechen dürfe, ist immer der spätere Verlauf; meist gelingt bei jenen Krankheitszuständen während ihrer Dauer oft überhaupt nicht eine solche Feststellung trotz eingehender Explorationen, weil die der körperlichen nebenhergehende geistige Erschöpfung nicht zulässt, dass der Patient eine geistige Spannung bekomme, welche notwendige Bedingung zur Ausbildung paranoischer Zustandsbilder ist. Noch weniger als bei dieser allgemeinen Feststellung kommt man zu einem Resultate, wenn man die Frage beantworten will, ob bei dem Kranken Einsicht in seine pathologischen Ideen vorhanden sei.

Tatsache ist bei körperlichem Leiden ein Zurücktreten der psychischen Symptome. Die vollständige Analogie mit psychischen

Leiden, welche nach einer anderen Richtung zielen wie die habituellen psychischen Erscheinungen, lässt von vornherein vermuten, dass hier ein beiden gemeinsames Moment die Begründung für die gleiche Folgewirkung abgebe. (Voraussetzung ist das Erhaltensein einer klaren Perzeptionsfähigkeit.) Dasselbe findet sich in der tiefen und scharfen affektiven Erregung, welche die einen wie die anderen begleitet. Solange dieselben in einem Grade vorhanden ist, welcher jenen durch die pathologischen Symptome der niederen oder der höheren Erkenntnis-sphäre bewirkten überragt, wird die Aufmerksamkeit des Kranken von jenen besetzt, bleibt es so lange, als die letzteren nicht gradweise überschlagend werden. Für den Beobachter mag öfter die Graduierung, wenn er beide Erlebnisse nebeneinander stellt, widerspruchsvoll sein; die Reaktion des Individuums ist aber eine unfehlbar sichere. Um dieselbe nachfühlen zu können, müsste der Beobachter notwendig in die Erkenntnis- und Auffassungsweise des kranken Individuums sich einleben können. Schon im täglichen Umgange mit Geisteskranken macht man die Erfahrung, dass dieselben durch momentan wichtige Ereignisse aus ihrem Krankenbett herausgeworfen werden, ihre Ideen vergessen zu haben und davon frei zu sein scheinen. In demselben Masse, in welchem diese Ereignisse abblassen, drängen sich die zurückgedrängt gewesenen pathologischen Erscheinungen wieder vor. Während der erwähnten Pause gehörte eben die Aufmerksamkeit des Kranken nicht mehr allein oder in besonderer Weise jenen psychischen Vorgängen, deren Resultat die pathologischen Bewusstseinsinhalte sind, sondern wurde in weitgehendem Masse von neuen Erlebnissen absorbiert, so dass für die Vorgänge des Halluzinierens und der aktuellen Wirksamkeit der Wahnideen nicht mehr jenes Mass an psychischer Energie zur Verfügung stand, welches notwendig ist, damit sie als aktuell wirksam auftreten können. Der gleiche Gedankengang hat für die völlig gleiche Wirkung körperlicher Krankheitszustände Geltung. Solche Zustände wirken die Aufmerksamkeit ableitend.

Jene körperlichen Zustände brauchen nicht Krankheitszustände im engeren Sinne dieses Wortes zu sein. Jede vorübergehende körperliche Unannehmlichkeit hat dieselbe Wirkung, welche in der Dauer der aktuell einwirkenden Unannehmlichkeit umgekehrt proportioniert ist, so dass man von einem Gegensatz von akuter körperlicher Krankheit und offenkundiger Geistesstörung reden kann. Richtig ist die auf solchen Beobachtungen basierende Anschauung, dass Wahnideen Resultate zeitlicher geistiger Produktivität seien und in der Art ihres Vorhandenseins von tieferliegenden somatischen Bedingungen mit abhängen. Die Therapie der alten Psychiatrie suchte aus dieser Beobachtung prak-

tischen Nutzen zu schöpfen. Die Anwendung der von ihr im therapeutischen Inventar durch Dezennien mitgeschleppten mechanischen und instrumentellen Zwangsmittel bezweckte, die Ablenkung zu erzielen. Der Fehler, den sie dabei beging, war, dass sie übersah, welche weitgehende allgemeine psychische Schwächung durch die wiederholte körperliche Schwächung und durch die Erregung von vornherein nicht vorhanden gewesener Zwangsaffecte als Folgen der körperlichen Miss-handlungen sie verursachen musste.

Auf dem Prinzip der Aufmerksamkeitsablenkung fusst auch alle Psychotherapie. In der Methodik derselben gibt es dann im allgemeinen zwei Wege, auf welchen man zum Ziele zu gelangen sucht: Jenen der Ueberredung und jenen der Ueberzeugung. Der erstere will gar nicht dem betroffenen Individuum auf dem psychologisch natürlichen Wege der Willensbestimmung auf Grund einer vorausgehenden Erkenntnis in die Details der einzelnen willensbestimmenden intellektuellen Akte, also auf Grund einer Krankheitseinsicht seine geistige Gesundheit zurückgeben, er bescheidet sich bei einer rein autoritativen Willensdirigierung. Der zweite führt durch Berücksichtigung der natürlichen Anlage des Individuums zur Krankheitseinsicht und damit automatisch zur gesunden Handlungsfähigkeit. Nur dieser zweite Weg kann zum Ziele führen. Die typischen Belege für die Richtigkeit dieser Behauptungen geben die Fälle nicht zu weit vorgerückter Charakterveränderung. Ein einfaches Ueberrumpeln solcher Kranken kann ja ein zeitweiliges Pausieren krankhafter Symptome herbeiführen, ein Ausbleiben derselben nur für längere Zeit kann zufälliger Weise eintreten. Dann ist es aber Zufall, nachdem es nicht unmittelbar durch jene überraschende Handlung herbeigeführt wird, sondern durch eine derselben folgende Reihe von Schlüssen, welche in ihrem Aufbau nicht Vorlagen des Therapeuten, sondern Ausflüsse der ureigensten und selbständigen geistigen Tätigkeit des Patienten sind. Dafür, ob dieser Weg im einzelnen Falle eingeschlagen werde, ist der habituelle intellektuelle Zustand des Individuums massgebend.

Nach Aschaffenburg entstehen Wahnideen auf der Grundlage einer Affektstörung bei stark egozentrischer Richtung des Denkens. Aus dieser krankhaften Eigenbeziehung müsse man das Wahnbedürfnis zu erklären suchen, da durch dieselbe der Kranke in den Mittelpunkt der veränderten Denkrichtung trete; beim Irrtum sei eine Loslösung von der Persönlichkeit des Irrenden denkbar. Normale Handlungen des Kranken seien darum auf jenen Gebieten möglich, welchen eine Eiumischung der Eigenbeziehung fern liegt. Ein wahnbildender Kranker könne deshalb ein genialer Mathematiker sein. Entsprechend dieser Auf-

fassung wäre 'das Zustandekommen von Krankheitseinsicht gleich der Behebung dieser krankhaften Eigenbeziehung oder mit der Zurückführung des Denkens auf das richtige Beziehungsverhältnis. Dieses letztere ist immer dann da, wenn das Denken nicht von seinem natürlichen Wege abgeleitet wird. Ableitung aus dem natürlichen Geleise ist nur durch Einmischung der Affektivität möglich. Diese gibt dem Denken eine von seiner naturgemässen abweichende Richtung, die selbstverständlich nicht durch zu grosse Objektivität, sondern nur durch Subjektivität des Denkens sich ausdrückt. Wann diese Subjektivität vom Individuum noch überwunden werden kann und wann nicht mehr, dafür besitzen wir keine aprioristische Entscheidungsmöglichkeit; die Empirie gibt Ausschlag. Denn man findet im Inhalt der Wahnideen nichts hierfür Entscheidendes, man kann auch aus der Zeit ihres Bestehens keine Anhaltspunkte gewinnen. Allerdings pflegen alle psychischen Vorgänge bei längerer Dauer sich mehr weniger fest zu fixieren; wann aber diese Fixation in eine nicht mehr trennbare Konsolidation übergeht, kann man auch nicht annähernd von vornherein bestimmen. Man hat für ein diesbezügliche Berechnung nur einen ganz beiläufigen Anhaltspunkt in dem früheren habituellen Zustande der geistigen Aktivität eines bestimmten Individuums. Derselbe ist von Einfluss auf die Krankheitseinsicht nach der Genesung von geistiger Krankheit wie auf jene, welche in manchen sogenannten luziden Intervallen sich einstellt. Sowohl die Tiefe wie die Dauer werden von demselben mitbestimmt; und zwar nach doppelter Hinsicht. Erstens einmal, indem derselbe eine seichtere oder tiefere Erkenntnis des krankhaften Vorgangs und Erlebens bewirkt, und zweitens, indem die an sich stärkere Willenskraft es eher zustande bringt, jenen Umständen aus dem Wege zu gehen, welche erkannter Weise die psychologische Grundlage jeder Wahnbildung sind. Jaspers hat diese Umstände zusammenfassend als Wahnstimmung bezeichnet. Nach Hagen bezeichnet er dieselbe als ein Gefühl der Haltlosigkeit und der Unsicherheit, welches den Kranken instinkartig treibe nach einem festen Punkt zu suchen, an welchem er sich halten und anklammern könne. Wie jeder Gesunde unter analogen Umständen findet auch er ihn in einer Idee, welche infolge der durch jenes Gefühl einseitig gewordenen Denkrichtung dem objektiven Weltgehalte nicht mehr entspricht und damit als wahnhaft gekennzeichnet erscheint. Ob er diese Idee unter allen Umständen festhalte oder zeitweise von derselben frei sei, hängt von der Umwandlung ab, welche die Persönlichkeit als Ganzes durch die Krankheit erfahren hat. Ein Moment, welches engstens mit der ehemaligen geistigen Kraft und Widerstandsfähigkeit des Individuums

zusammenhängt. Je grösser dieselbe ist, um so schwerer werden von aussen andrängende Ereignisse dieselbe zu biegen oder gar zu brechen vermögen oder, wenn es schon dazu gekommen ist, werden günstige Einflüsse dieselbe leichter wieder aufzurichten vermögen. Wie also jener frühere psychische Zustand eine Hemmung der Ausbildung der Krankheit entgegenstellen kann, so bedeutet er andererseits eine Erleichterung, wenn Krankheitseinsicht sich einzustellen beginnt. Der Psychotherapeut kann mit vielem Vorteile von dieser Erkenntnis Gebrauch machen, indem er dieselbe bei der Dosierung seiner — *sit venia verbo* — psychotherapeutischen Medizin als Leitfaden dafür verwendet, in welcher Schnelligkeit er auf seinem Heilwege nach vorwärts rücken kann. Dem an selbständiges Denken Gewöhnten braucht er nur einige Schlagworte für sein Denken zu geben, an denen derselbe genugsam Stoff für seine geistige Arbeit findet, während er dem schon von früher her geistig tiefer stehenden ein detailliertes Denkrezept und oft in vielfacher Wiederholung vorlegen muss.

Erfolg hat diese psychotherapeutische Arbeit nur dann, wenn die intellektuelle Potenz in ihrer aktuellen Kraft nicht bis zur Unmöglichkeit gestört ist und der Wille Kraft genug aufbringt, um an der Hand der Vernunftsvorlagen das Ziel seines Handelns zu verfolgen. Eine direkte Einflussnahme auf den letzteren ist für den Psychotherapeuten ein Ding der Unmöglichkeit. Unfehlbar wirkt darum sein psychotherapeutisches Mühen nie.

Wo oder in was liegt das Hindernis für das Zustandekommen der Krankheitseinsicht?

Bei den rein affektiven Geisteskrankheiten kann das Hindernis von keiner anderen Seite kommen als aus diesem Affekte heraus. Das heisst aus der Behinderung der überlegenden Verstandestätigkeit. Jenes Moment also selbst, welches bei diesen Psychosen das hervorstechendste Merkmal derselben bildet, hemmt diejenige geistige Fähigkeit, in deren Resort die Krankheitseinsicht als intellektueller Akt fällt. Dass gerade bei diesen Psychosen während der Krankheitsdauer vorübergehende Ruhepausen in der Intensität der affektiven Stürme zu ebenso vorübergehenden Krankheitseinsichten führen, ist von vielen Autoren betont und hervorgehoben worden. An und für sich macht es keinen Unterschied, ob jene affektiv-psychotischen Zustände im Verlaufe einer zusammengesetzten Psychose oder aber auch als selbständige Erkrankung auftreten. Meine Erfahrungen liessen mich aber erkennen, dass oft gerade das Verhalten der Kranken im vorliegenden Punkte Fingerzeige gab, wie dies ganze Krankheitsbild zu klassifizieren sei. Wie in anderer

Hinsicht erscheint auch in der angeregten die Begründung darin gegeben, dass in solchen Pausen die habituelle psychologische Persönlichkeit nach aussen tritt mit jenen Aenderungen, welche sie im Laufe krankhafter Attacken erfahren hat. Dieselben imponieren in jenen Zuständen vorübergehenden stabilen psychischen Gleichgewichtes als Charaktereigentümlichkeiten. Nur derjenige, welche den einzelnen Fall kennt, ist klar über die tiefer liegende geistige Schädigung, welche dem Verhalten des Individuums zugrunde liegt.

Anders liegen die Verhältnisse bei den psychotischen Krankheitsbildern, welche mit intellektuellen Störungen, mit Wahnbildungen und Sinnestäuschungen einhergehen. Während man in den früheren Fällen es mit durch den Affekt verursachter Aenderung im Assoziationsablaufe zu tun hatte, handelt es sich hier um einen Defekt in der Per- und Apperzeption selbst, welcher neben der affektiven Störung, welche ihn verursacht hat und bestehend erhält, seine Selbständigkeit hat. Dadurch wird es möglich, dass jener Defekt nach dem Abklingen des Affektes weiter fortbesteht und in einer vom Affekte unabhängigen Persönlichkeitsänderung sich kundgibt. Nach Ablauf des floriden Krankheitsprozesses können also noch psychotische Symptome vorhanden sein, welche durch das Fehlen der psychischen Potenz gekennzeichnet sind. Dieselben können in nichts anderem bestehen, als in einem Defekte der intellektuellen Potenz. Indem sich derselbe als eine Abweichung vom physiologischen Typus darstellt, andererseits durch Insuffizienz der psychischen Potenz gekennzeichnet ist, fasst er alle Sekundärzustände nach akuten Psychosen in sich. Objektiv treten dieselben als solche in Erscheinung; im Individuum selbst hat sich weitgehende Gleichgiltigkeit gegenüber den in Betracht kommenden psychopathologischen Inhalten eingestellt. Die Tatsache, dass es derartige Zustände gibt, bestätigt meine Behauptung, dass der intellektuelle Defekt neben dem affektiven selbständig auftreten kann. Das Zustandekommen dieser Selbständigkeit kann keine andere Erklärung haben, als dass die in Betracht kommenden Ideen im nichtpsychischen Anteile der menschlichen Natur, also im somatischen Teile des psychozerebralen Systems starre Fixation gefunden haben, andererseits aber die Affektivität ihnen gegenüber schon vollständig sich abgestumpft hat, gleichgiltig geworden ist. Damit deute ich an, dass in allen diesen Krankheitsfällen von einer Krankheitseinsicht nicht die Rede ist und sein kann. Denn in diesen Kranken hat ihre Stellung nicht zu den wahnhaften Ideen an sich eine Aenderung erfahren, die Reaktion auf diese Erkenntnisvorgänge ist dem Nullpunkte nahegekommen oder an demselben angelangt.

Für die praktische Psychiatrie ist dieses Angelangtsein von Wichtigkeit, weil es die Stellungnahme des Psychiaters bei der Entscheidung, ob für ein derartiges Individuum die geschlossene Anstaltsbehandlung notwendig oder nützlich sei, bestimmt. Allerdings kann auch hier keine einfache Schablone festgestellt werden. Denn, obwohl jenes Herabsinken der Aktivität gewöhnlich ein ganz allgemeines für die Verhältnisse innerhalb und ausserhalb der Anstalt ist, gibt es doch manche Fälle, welche im Leben ausserhalb der Anstalt bald eine Wiedererhöhung ihrer Affektivität erfahren, während sie in der Anstalt durch Ruhe und Gelassenheit imponieren. Besonders hervorstehend ist solches Verhalten bei an Beziehungswahn Leidenden. Mit den Wahnideen selbst scheinen auch die Lebensgewohnheiten der Kranken etwas Fixiertes geworden zu sein. Indem ihnen gleichzeitig durch ihre geistige Minderwertigkeit die Akkommodationsfähigkeit an neue Lebensverhältnisse verloren ging, können sie sich in die doch erhöhten sozialen Ansprüche des Aussenlebens nicht mehr finden. Sie stellen den Grossteil der wegen geistiger Hilflosigkeit Pflegebedürftigen. Gelangen solche Individuen in das Leben zurück, ohne eine regelmässige ruhige Tätigkeit und geordnete soziale Verhältnisse vorzufinden, so kann es zur Ausbildung eines stabilen deprimierenden Affektes kommen, der in weiterer Folge zu neuerlicher Wahnbildung führt, eine ganz neue Psychose auslöst. Weil die affektive Reaktionsfähigkeit des kranken Individuums ihre Hemmungslosigkeit verloren hat, braucht man das ungezügelte Losfahren bei Berührung seiner Wahnideen nicht mehr zu fürchten. Die psychologische Tatsache der Gewöhnung kommt hier zur vollen Geltung, da sie infolge ihrer Allgemeinheit die normal psychologische Handlungsweise ebenso wie die psycho-pathologische unter sich fasst. Dass trotz der eingetretenen Beruhigung keine Krankheitseinsicht sich entwickelt? Weil sich gleichzeitig Schwächung der Assoziationsfähigkeit eingestellt hat, welche die Verminderung an affektiver Erregbarkeit wieder quitt macht. Was die individuelle Luzidität auf der einen Seite gewann, verlor sie auf einer anderen reichlich, so dass das Gesamtresümee bei den erwähnten Zuständen eigentlich dasselbe geblieben ist und die allgemeine Eignung zur Ausbildung von Krankheitseinsicht sich nicht erhöht hat.

F. Ch. E., geboren 1879, verheiratet, Anstreichergehilfe, aufgenommen 15. 9. 1917.

Aus der Vorgeschichte ist zu erwähnen, dass der Kranke schon von 1905 bis 1909 in einer galizischen Irrenanstalt interniert war, wegen „Stimmenhörens“, welches in den letzten 9 Monaten seines dortigen Aufenthaltes vollständig verschwand. Schon im einen früheren Jahre war er nach einjähriger

Militärdienstzeit dauernd wegen Geisteskrankheit beurlaubt worden. Die Angaben, welche der Kranke über die damals bestanden habenden Symptome macht, sind so verschwommen, dass man sich nicht einmal darüber klar werden kann, ob Sinnestäuschungen bestanden oder nicht.

Bei seiner Einrückung zur Kriegsdienstleistung als Feldgendarm sei er nach seiner Meinung geistig vollkommen gesund gewesen, in jener Verfassung, in welcher er die erwähnte Irrenanstalt verlassen hatte und seitdem seinem Berufe nachgegangen war. Bis zum Spätsommer 1916 hatte er keinen Anstand im Dienste. Da aber begann wieder das Stimmenhören; er müsse davon auch seinen Kameraden erzählt und diese dem Rittmeister Meldung gemacht haben. Letzterer bestimmte ihn zum Rapporte und schickte ihn vom Fleck weg in die Irrenabteilung eines Lubliner Spitäles. Nach dreimonatigem Aufenthalte dort wurde er in seine Heimat beurlaubt und während des Urlaubs aus dem Militärverbände ausgeschieden. Während des Spitalaufenthaltes Schwinden der Stimmen, so dass er wieder eine Arbeit aufnehmen konnte in einer Papierfabrik in der Nähe Wiens.

Nach ungefähr 10monatiger Pause begannen im August 1917 wieder die Belästigungen durch die Stimmen, welche nach Art und Inhalt des früher Gehörten ganz analog waren. Nach der letzteren Richtung sind sie charakterisiert als Beschimpfungen und ekelhafte Kritiken seiner Handlungsweise. Wenn er zu Zeiten innerer Ruhe über die Stimmen nachdenke, komme er dazu, sie als Krankheitserscheinungen seines Gehirns zu erkennen, und nehme sich fest vor, sich durch sie zu keiner Reaktion hinreissen zu lassen. Trotz alledem gelinge es ihm in den entscheidenden Momenten nie, seinem Vorsatze treu zu bleiben, bis nach Ablauf eines inneren schweren Druckes innere Erleichterung, Beruhigung eintrete und die Stimmen von selbst schwinden. Der jedesmalige Anlass zum Auftreten werde durch vorhergegangene gemütliche Erregungen gegeben. Vor seiner Internierung in Lublin war er durch vielen und strengen Dienst in seinen Nerven geschädigt worden; seiner letzten waren Aufregungen wegen der durch die Teuerung geschaffenen Notlage seiner Familie vorangegangen.

Das hauptsächlichst Unlusterzeugende bei diesen Kranken war allerdings durch den negativen Inhalt seiner Stimmen gegeben; er ist sich auch bewusst, dass gerade durch diese Stimmen seine Leistungsfähigkeit beschränkt werde. Er besitzt aber auch zeitweise eine vollkommene Einsicht in die Krankhaftigkeit jenes psychischen Vorganges, den er wie Halluzinanten oft als Stimmenhören bezeichnet; welches er aber wegen mangelnder Selbstbeherrschung nicht unterdrücken kann.

Krankheitseinsicht lässt sich immer erwarten, solange die Heftigkeit der gemütlichen Erregungen die intellektuellen Vorgänge nicht in dem Grade verwirrt, dass letztere in objektiv richtiger Art zustande kommen. Insbesondere bei geringgradig affektiven Störungen ist daher oft ein Verständnis für den bestehenden gemütlichen Defekt vorhanden, ohne dass die aus diesem Verständnis erwachsenden sittlichen Motive eine derartige Kraft erlangen, dass das Individuum den Gefühlsantrieben

Widerstand leisten kann, indem jene sittlichen Motive auf Art und Richtung der durch diese Antriebe ausgelösten Handlung entscheidend einwirken. Die Handlungsweise des Individuums bleibt eine krankhafte.

Dass krankhafte intellektuelle Vorgänge selbst in ihrer Krankhaftigkeit erkannt werden, erscheint von vornherein dem psychologischen Verständnisse unüberwindliche Schwierigkeiten bietend, verständlich in dem Momente, da man sich vorhält, dass der Kranke ja nicht zu allen Zeitpunkten der Krankheitsdauer in gleicher Weise seinen psycho-pathologischen Vorgängen gegenübersteht. Abgesehen davon, dass in letzter Linie die habituelle psychische Eigenart für das Auftreten und für die Art der auftretenden Krankheitseinsicht massgebend ist, ist auch bei den sogenannten intellektuellen Psychosen die Grundlage die gemüthliche Aenderung. Tritt dieselbe zurück, dann muss unter allen Umständen die nur unterdrückte, aber nie aufgehobene natürliche Betätigung der Psyche sich auch darin äussern, dass sie den objektiv krankhaften Vorgang auch subjektiv als solchen bewertet.

VII.

Suggestion und psychische Infektion.

Von

Dr. S. Galant (Bern-Belp).

In der Literatur ist unseres Wissens bis jetzt keine strikte Grenze zwischen Suggestion und psychischer Infektion gezogen worden. Manche Autoren werfen sogar beide Begriffe in einen Topf, und für sie sind Suggestion und psychische Infektion zwei Worte für ein und denselben Begriff. Für Löwenfeld ist psychische Infektion „die Uebertragung von Ideen von Person zu Person“ und unterscheidet sich sonst in nichts von der Suggestion, die am meisten und besten durch die tägliche Presse ausgeübt werden soll¹⁾. Andererseits kastriert derselbe Autor den Begriff der Infektion auf psychischem Gebiet, indem er ihr den eigentlichen medizinischen Sinn wegnimmt. Er sagt: „Mut und Kaltblütigkeit wirken erfreulicher Weise nicht minder ansteckend wie Feigheit und Ratlosigkeit“ (l. c.). Die psychische Infektion ist also nicht beklagenswert: wenn sie ihre schlechten Seiten hat, so hat sie auch ihre guten, wie alles andere in der Welt. Sie ist eine Erscheinung, die wir nicht etwa bekämpfen müssen, vielleicht sogar nicht dürfen, denn wir hätten uns eines Mittels beraubt, um das Gute in der Welt zu pflanzen.

Wir wollen daher in diesem kurzen Aufsätze versuchen, die zwei Begriffe zu analysieren, um uns klarzulegen, um welche psychischen Prozesse es sich bei der Suggestion und bei der psychischen Infektion handelt. Wenn es sich in beiden Fällen um ein und denselben psychischen Prozess handeln sollte, so werden wir berechtigt sein die beiden Worte zu identifizieren, wie es bisher geschehen ist. Im anderen Falle werden wir auf Grund der entdeckten Unterschiede eine strenge Grenze zwischen beiden Begriffen durchführen müssen.

1) Löwenfeld, Psychopathia gallica. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Heft 100.

Was ist Suggestion?

Eine kurz zusammengefasste Definition für diesen Begriff zu prägen ist gar nicht leicht, vielleicht verwegen, und wenn wir doch wagen eine solche zu geben, so geschieht es nur deshalb, weil wir hier keine Ansprüche auf Vollständigkeit erheben und nur die Prinzipien der Suggestion, so wie wir sie uns vorstellen, kurz ausdrücken wollen.

Wir verstehen unter Suggestion (Suggestibilität) eine angeborene thymopsychische Eigenschaft unseres Geistes, dank welcher wir auf affektivem Wege Ideen verschiedenster Natur verdauen können und sie zu einem der Elemente unseres Ich assimilieren.

Die Definition ist nicht so kurz ausgefallen wie wir uns dachten, und enthält möglicher Weise auch manche dunkle Punkte. Wir wollen sie erläutern.

Die Suggestion ist angeboren. Dieser Satz ist leicht zu beweisen, wenn, wie wir es gemacht haben, die Suggestion, als ein affektiver Vorgang und nur als solcher aufgefasst wird. Eine intellektuelle oder noopsychische Suggestion existiert unserer Meinung nach überhaupt nicht. Einer der besten Theoretiker dieser Art Suggestion ist Max Nordau¹⁾. Dieser Autor behauptet, die geistige Entwicklung der Menschheit sei eine Suggestion, die vom Genie ausgeht und der die ganze Menschheit sich unterwerfe. Wörtlich heisst es dort: „Das Genie denkt, urteilt, will und handelt für die Menschheit, es verarbeitet Eindrücke zu Vorstellungen, es errät die Gesetze, deren Ausdruck die Erscheinungen sind, es antwortet auf die äusseren Anregungen mit zweckmässigen Bewegungen und bereichert fortwährend den Inhalt des Bewusstseins. Die Mehrheit tut nichts anderes als das Genie nachzuahmen; sie wiederholt, was das Genie vorgetan hat. Die vollkommen normal gebildeten, gut und gleichmässig entwickelten Individuen tun es sofort und erreichen annähernd das Muster. Man nennt sie Talente. Die in einer oder der anderen Richtung zurückgebliebenen, an die Durchschnittsmasse des jeweiligen Menschentyps nicht heranreichenden Individuen gelangen erst später und mühsam dazu, und ihre Nachahmung ist weder geschickt noch treu. Das sind die Philister.“

Die Nachahmung, von der eben die Rede war, bezeichnet Nordau als Suggestion. „Was ist aber das Wesen der Suggestion und auf welche Weise kommt sie zustande“, fragt sich der Autor selbst. Die Antwort ist eine Hypothese. Suggestion ist die Uebertragung der Molekularbewegungen eines Gehirns auf ein anderes in der Weise, wie eine

1) Max Nordau, Paradoxa. Zweite Auflage. Leipzig 1888.

Archiv f. Psychiatrie. Bd. 60. Heft 1.

Saite ihre Schwingungen auf eine benachbarte Saite überträgt, wie eine heisse Eisenstange, wenn man sie gegen eine kältere hält dieser ihre eigene Molekularbewegungen mitteilt. Da alle Vorstellungen, Urteile und Emotionen Bewegungsvorgänge der Hirnmoleküle sind, so werden natürlich durch die Uebertragung der Molekularbewegungen auch die Urteile, Vorstellungen und Emotionen übertragen, deren mechanische Unterlage jene Bewegungen sind.

Nordau entwickelt also eine Molekulartheorie auf psychischem Gebiet. Die Psyche ist für ihn etwas physikalisch Fassbares. Es gibt „Moleküle“ von Urteilen, Vorstellungen und Emotionen usw., und diese Urteils-, Vorstellungs- und Emotionsmoleküle kommen eben in Bewegung, wenn identische Moleküle eines anderen Gehirns sie in Schwingung bringen. Eine recht phantastische Hypothese, die zu kritisieren kaum der Mühe wert ist.

Wir können diese Theorie, die darum entstanden ist, weil ihr Autor offenbar bestrebt war, eine noopsychoische Suggestion zustande zu bringen, ohne weiteres verwerfen und uns dem Problem der thymopsychoischen Suggestion zuwenden.

Die Suggestion, wie wir sie verstehen (wir wiederholen es noch einmal), ist angeboren. Davon sich zu überzeugen ist leicht, wenn man die Entwicklung der menschlichen Psyche vom Säuglingsalter her verfolgt.

Die ersten Anfänge der Suggestion sind schon im frühen Säuglingsalter zu konstatieren. Wir konnten es bei folgendem Anlass feststellen. Wir untersuchten in der Frauenklinik Säuglinge, die nicht über 14 Tage alt waren, auf Reflexe. Wir waren imstande zu beobachten, wie manche Säuglinge schon mit dem 4. — 6. Tage auf ein lachendes Gesicht mit einem deutlichen Lächeln reagierten. Ein besonders empfindlicher Säugling stiess bei der Untersuchung der Sohlenreflexe, gegen die die Säuglinge sehr empfindlich sind, ausserordentlich starke Schreie aus. Nach einigen Minuten haben alle Säuglinge, die im Saal waren (6, von ihnen einige, die bloss ein und zwei Tage alt waren) mitgeschrien. Solche und ähnliche Tatsachen konnten wir Tag für Tag beobachten.

Diese primären Aeusserungen der Suggestion im frühen Säuglingsalter sind rein affektive. Nur Affekte und zwar sehr starke (lautes Lachen, intensives Weinen) werden von dem Säugling durch Vermittlung der Suggestion beantwortet. Leichte Affekte oder affektbetonte Worte, ein heiterer oder trauriger Gesichtsausdruck rufen bei dem Säugling keine Reaktion hervor.

Mit der geistigen Entwicklung entwickelt sich auch die angeborene Eigenschaft der Suggestion allmählich. Die Suggestion braucht schon

nicht mehr bis zum Extrem gesteigerte Affekte. Affekte leichter Art, oder nur affektbetonte Worte genügen, um suggestiv auf ein Kind von 5—7 Monaten zu wirken. So genügt es z. B., dass man den Zeigefinger an die Nasenspitze bringt und dem 5 Monate alten Kind dabei im leicht drohenden Tone „Nu-nu-nu“ zuruft, wie man es in der Kinderstube macht, und das Kind fängt an bitterlich zu weinen.

Je weiter die psychische Entwicklung vor sich geht, desto weiter geht die Suggestion, so dass schliesslich ein hochintelligenter Mensch keine eigentliche Affektivität seitens des Suggestors mehr braucht, um seine Ideen aufzufassen und verstehen zu können. Denn jedes Wort, wenn es auch nicht affektbetont gesprochen wird, hat in sich eine gewisse suggestive Kraft durch den Begriff oder die Vorstellung, die dahinter stecken, und die immer von einem Affekt begleitet sind. Diese (Begriffe und Vorstellungen) sind beim intelligenten Menschen so gut entwickelt, dass ein Wort oder Wortkomplexe (Sätze) ohne jeden Affekt vorgetragen, doch die entsprechenden Vorstellungen hervorrufen und mit ihnen die Affekte, die an ihnen haften, d. h. sie wirken auf den Zuhörer affektiv, so dass sie ihm leicht verständlich und klar werden.

So tritt allmählich die Suggestion von rein affektivem Gebiet im Säuglingsalter auf das rein intellektuelle im vorgerückten Alter, aber auch dann wirkt die Suggestion nur durch jenen kleinen Teil Affektivität, der im Worte versteckt ist. Je intelligenter der Mensch ist, desto stärker werden bei ihm die Begriffe, die hinter den Worten verborgen sind, ekphorisiert, desto stärker wird der Affekt belebt, desto mehr werden die Gedanken anderer, die durch die Wörter ausgedrückt sind, klarer, affektbetonter, und wenn sie auch nicht genügend affektbetont vorgetragen werden, wirken sie doch auf den intelligenten Zuhörer affektiv, d. h. suggestiv.

Das ist der Begriff der normalen oder (aus Gründen, die wir gleich besser erörtern werden) sekundären Suggestion in ihrer Entwicklung. Je intelligenter ein Mensch ist, desto stärker ist bei ihm die Suggestion entwickelt, so dass er sich von dem äusseren Affekt des Sprechenden, des Suggestors, nicht verleiten lässt, sondern kontrolliert durch die Affekte, die die Gedanken der anderen in ihm erweckt haben, das Vorgetragene, das durch die erweckten Affekte zugänglicher und verständlicher wird.

Die sekundäre Suggestion ist desto stärker entwickelt, je höher das Individuum auf der intellektuellen Stufe steht.

Wir sind also zu einem ganz anderen Begriffe der Suggestion gekommen, einem Begriffe, der bis jetzt nicht ausgesprochen worden ist. Bis jetzt ist unter Suggestion allgemein die kritiklose Unterwerfung

unter den Willen des Suggestors oder kritiklose Aufnahme seiner Ideen verstanden worden. Diese Art Suggestion ist bis zum gewissen Grade als etwas normales betrachtet worden und wurde als therapeutisches Mittel verwendet. Dabei soll die Suggestion am stärksten bei dem willensschwachen Menschen wirken. Diese Art Suggestion werden wir noch besprechen, sie gehört aber nicht zu der normalen sekundären Suggestion, die ihre Quelle in der Vortellungskraft des Individuums hat. Am besten sieht man das bei Kindern, die ihre Gefühle nicht bändigen können. Es genügt, einem Kinde in dem gleichgültigsten Tone das Wort „Bonbon“ zu sagen, um in ihm einen starken Affekt hervorzurufen, suggerieren. Beim intelligenten Erwachsenen suggerieren die Worte mit abstrakten Begriffen Affekte, ähnlich wie „Bonbon“ beim Kinde, und dadurch werden die Begriffe noch deutlicher ekphorisiert, regen das Denken auf das intensivste an und machen die Begriffe sehr verständlich. Aber eine hohe Intelligenz ist dazu notwendig, um von vornherein die Begriffe, die hinter den Worten stecken, wenigstens dunkel sich vorstellen zu können, damit der Affekt hervorgerufen wird und durch seine Kraft das Dunkle beleuchtet.

Von diesem Standpunkte aus können wir nicht mit Bleuler sagen: „Ideen ohne begleitenden Affekt wirken nicht suggestiv“¹⁾. Eben Ideen, die ohne begleitenden Affekt aufgenommen und assimiliert werden (wir würden sagen suggeriert werden) sind unserer Meinung nach die wirklich suggestiv wirkenden.

Man wird vielleicht erwidern, dass unsere sekundäre Suggestion schliesslich eine mehr intellektuelle als affektive sei, denn wir sagen ja, dass das Wort eine Vorstellung bei dem Hörenden wenigstens dunkel ekphorisiert, dann kommt noch der Affekt dazu und belebt das Bild. Es ist aber insofern unmöglich die Sache so aufzufassen, als eine Vorstellung an sich ein affektiver Vorgang ist (vgl. Beispiel von „Bonbon“) und das Denken als solches auf affektiver Basis beruht. Zuerst kommt die Vorstellung, die durch weiteres Mass von Affekt sich in einen Begriff umwandelt, und die klaren Begriffe ermöglichen das weitere Denken. Das Denken ist also im Grunde genommen ein affektiver Vorgang.

Ein mehr oder weniger rein intellektueller Vorgang wäre das Urteilen, das übrigens durch die affektive Richtung des Individuums bestimmt ist. Ein Mensch kann in allen möglichen Richtungen denken, urteilt aber nur in einer Richtung, nämlich in der, die durch jene Begriffe bedingt ist, die mit angenehmen oder weniger unangenehmen

1) Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie. S. 31. Springer, Berlin 1916.

Affekten verbunden sind. Durch 'das Urteilen kommen die Meinungsverschiedenheiten der Menschen zustande, indem bei dem einen diese, bei dem anderen jene Begriffe von angenehmen Affekten begleitet werden, und in der Richtung der „angenehmen“ Begriffe urteilt der Betreffende, fällt sein Urteil. Eine Diskussion ist darum ein intellektueller Vorgang, weil die Affekte des Diskutierenden schon vorbedingt sind und nur noch die intellektuelle Fähigkeit, der Reichtum an Assoziationen, eine Rolle spielt. —

Neben der sekundären Suggestion, die durch die hohe geistige Entwicklung des Individuums bis auf ihren Gipfel getrieben werden kann, unterscheiden wir die primäre Suggestion, das ist diejenige, die auf dem Stadium der frühen Jugend stehen geblieben ist und die der sekundären Suggestion wenig Raum für ihr Spiel gelassen hat. Die Suggestion hat aus irgend welchem Grunde, der sich hauptsächlich in einer geistigen Schwäche des Individuums birgt, ihre normale Entwicklung nicht durchmachen können und ist, wie gesagt, auf einer niedrigen Stufe stehen geblieben. Die primäre Suggestion ist diejenige, von der bis jetzt allgemein in der Psychologie und der Psychiatrie gesprochen worden ist. Das Charakteristische für diese Art Suggestion ist, dass das Individuum sich von dem äusseren Affekt des Suggestors ohne weiteres hinleiten lässt, ohne dass die Idee, die dabei geäussert wird, genügend aufgefasst oder sogar kontrolliert wird. Der äussere Affekt wirkt auf das Individuum und nicht jene individuellen Affekte, die hervorgerufen werden sollten durch die Vorstellungen und Begriffe selbst. Damit erklärt es sich leicht, warum der Durchschnittsmensch durch eine „feurige“ Predigt überzeugt wird, dass er von nun ab fromm und gut sein werde, aber schon am nächsten Tage Sachen begeht, die dem Sinne der Predigt ganz widersprechen. Denn er hat die Predigt in Wirklichkeit gar nicht aufgefasst (sie ist ihm durch den Inhalt nicht suggeriert worden), sondern der äussere Affekt, der die Predigt begleitet hat, der hat auf ihn momentan eingewirkt, und der Zuhörer, der den äusseren Affekt als einen solchen, der angenehme Empfindungen begleitet, gefühlt hat, meinte die vorgetragenen Ideen wären seine eigenen, denn der äussere Affekt ist auf ihn übertragen worden. Mit dem Affekt ist aber auch die Idee, die gar nicht suggeriert worden ist, verschwunden. Wenn der suggerierte Affekt (der äussere Affekt, nicht die Idee!) ein sehr starker war, so kann er noch einige Zeit nachwirken, verliert aber schliesslich doch seine suggestive Kraft, währenddem eine wirklich suggerierte Idee, die mit den Anschauungen des Individuums übereinstimmt, von dem letzteren assimiliert wird und für immer sein geistiges Eigentum bleibt.

Die primäre Suggestion ist die dominierende bei den meisten Menschen. Während die sekundäre, höhere Art Suggestion bis zum gewissen Grade mit der Intelligenz fest verbunden ist und eine so zu sagen bedingte ist, ist die primäre Suggestion diejenige, die das Individuum mit auf die Welt gebracht hat und für deren Entwicklung er keine Sorge tragen musste. Die sekundäre Suggestion ist in dem Sinne angeboren wie die Sprache angeboren ist. Der Mensch kommt auf die Welt ohne Sprache und akquiriert sie erst nach einiger Zeit. Nichtsdestoweniger sagen wir von der Eigenschaft der Sprache, dass sie dem Menschen angeboren sei. So steht es auch mit der sekundären Suggestion, die ihre Entwicklung, wenigstens in früher Jugend, parallel mit der Sprache durchmacht, die eine höhere Stufe der ersten nicht artikulierten Laute des Säuglings ist. Beim Tier bleibt die Suggestion auf dem ersten Stadium: Die Tiere besitzen eine primäre Suggestion. Die höhere Art Suggestion ist bei den Tieren nicht vorhanden, da sie keine Sprache besitzen, mit der die sekundäre Suggestion eng verbunden ist und ohne die sie überhaupt nicht existieren kann.

Die Geschichte, so wie sie bis jetzt ihre Entwicklung durchgemacht hat, ist ein Produkt der primären Suggestion. Der Menge, die eigentlich die Geschichte macht, ist diese leichter zugänglich. Die verschiedenen Reformatoren, Religionsstifter, Philosophen wirken auf sie nur durch den äusseren Affekt, der die Masse zu der oder jener Tat anfeuert, und die durch den allgemein provozierten „Willen“ geheiligt wird. Der äussere Affekt der Menge ist aber so stark, dass er die einzelnen Individuen mit der hochentwickelten sekundären Suggestion sich unterjocht, und so kommt es, dass auch hochintelligente Leute gegen ihre Ueberzeugungen mit dem Strom schwimmen, da sie den wogenden Wellen der Menge nicht widerstehen können.

Wir sehen also, dass niemand von der primären Suggestion ganz frei ist. Der Besitzer der hochentwickelten sekundären Suggestion aber überwindet durch diese letztere die primäre und nur in Ausnahmefällen kommt es zu einem Sieg der primären Suggestion. Auch haben andererseits alle Menschen mehr oder weniger von der sekundären Suggestion. Nur die Oligophrenen (Imbezille, Idioten usw.) sind sehr oft der sekundären Suggestion ganz beraubt, und sie befinden sich fast ausschliesslich unter Wirkung der primären Suggestion. Sie lassen sich ohne weiteres von dem äusseren Affekt des Sprechenden leiten, und ihr eigener Affekt wechselt so oft als jener des Suggestors. Darum spricht man von der gut erhaltenen Affektivität der Oligophrenen, die aber im Grunde genommen maschinenmässig vor sich geht, und die nur so

weit den Namen der Affektivität verdient, als wir sie beim Säugling und jungen Kinde vor unseren Augen haben.

Bei den Fällen von *Dementia praecox*, wo die Affektivität vollständig ausgelöscht ist, stirbt die primäre wie die sekundäre Suggestion ab. Man hat mit ihnen keinen eigentlichen Kontakt, weil sie weder die notwendige Vorstellungskraft besitzen, noch der Beeinflussung durch den äusseren Affekt des Suggestors zugänglich sind.

Damit haben wir die für die Suggestion aufgestellte Definition genügend erläutert. Die primäre wie die sekundäre Suggestion sind rein affektive Vorgänge. Die primäre Suggestion ist angeboren und wie den Menschen so auch den Tieren eigen. Die sekundäre Suggestion hat sich aus der primären entwickelt parallel mit der Sprache, und da sie sich aus der ersteren (primären Suggestion) entwickelt hat, so beruht sie selbstverständlich auf derselben Basis und ist thymopsychisch, wie wir es auch nachgewiesen haben.

Jetzt können wir uns dem Begriffe der psychischen Infektion zuwenden.

Ist die psychische Infektion mit der Suggestion identisch?

Durchaus nicht. Der Hauptunterschied ist der, dass die psychische Infektion, wie der Begriff für sich selbst spricht, nicht angeboren sein kann, sondern präsentiert etwas, das erworben ist. Eine Infektion ist das, was nicht sein soll, was vermieden wird, wogegen wir uns mit allen Kräften sträuben. Eine Infektion ist, was gelegentlich eintreten und was eben so schnell verschwinden kann. Der Suggestion sind wir aber immer unterworfen: ohne Suggestion ist kein psychisches Leben möglich.

Alle anderen Unterschiede, die zwischen Suggestion und psychischer Infektion existieren, werden von selbst zum Vorschein kommen, wenn wir für die psychische Infektion folgende Definition schaffen.

Die psychische Infektion ist eine imbezille Neophilie, die ihren Ursprung hauptsächlich in der krankhaften Affektivität des Individuums nimmt.

Das Streben nach neuen Eindrücken ist im allgemeinen eine erfreuliche Eigenschaft der menschlichen Psyche. Ohne dieses Streben würde das Individuum kaum vorwärts kommen. Bei normalen Menschen aber ist dieses Streben durch seine individuelle Entwicklung sozusagen vorbedingt. Sein Streben nach Neuem ist in gewisse Bahnen, die durch seine Bildung, seine Interessen, seine Stellung in der Gesellschaft bestimmt sind, gelenkt. Die Neophilie aber, besonders die imbezille Neophilie ist ein Streben nach Neuem, das nicht von innen herkommt, nicht durch die Erziehung und das Milieu bedingt ist, sondern eine

Lust darstellt neue, nicht erprobte Empfindungen zu haben, in andere Situationen zu geraten, etwas zu machen, das die anderen nicht tun und das darum die anderen in Aufregung bringt, in Schrecken versetzt, Abscheu erweckt. Die imbezille Neophilie wird ausschliesslich, durch äussere Einwirkungen bedingt, weil der Imbezill-Neophile keine festen Prinzipien hat, nach denen er vorgehen soll. Darum ist es auch leicht erklärlich, warum die imbezille Neophilie, also die psychische Infektion, besonders stark bei Geisteskranken entwickelt ist, wo das Seelenleben stark zerrüttet ist, keinen festen Boden unter den Füssen hat und geneigt ist alles nachzuahmen. Die imbezille Neophilie ist meist eine kritiklose Nachahmung.

Der Grundunterschied aber zwischen Suggestion und psychischer Infektion besteht darin, dass die letztere nicht von der Affektivität geleitet wird, wie es bei der Suggestion der Fall ist. Der Affekt des Nachgeahmten spielt bei dem Nachahmer, der Infektion Unterworfenen, auch nicht die geringste Rolle. Er vollführt die Tat, wenn auch die Affektäusserung des Nachgeahmten ihn von der Tat abschrecken sollte.

Wir wollen es an folgenden Beispielen klarlegen.

Eine schwere Katatonika muss regelmässig gefüttert werden; der Akt ist ihr sehr unangenehm und sie schreit während der Fütterung fürchterlich. Nach der Art, wie Patientin schreit, ist ohne weiteres zu urteilen, dass das Füttern ihr nicht viel Vergnügen macht. Ihr Verhalten sollte die anderen warnen in eine solche Situation zu gelangen.

Eine andere Katatonika, die die Szene ansieht, und die, der äusseren Affektivität der Gefütterten nach, einsehen konnte, dass das Füttern unangenehm sei, verlangt trotzdem jedesmal bei der Visite gefüttert zu werden. Patientin motiviert ihr Verlangen damit, dass die Mitpatientinnen ihr Vorwürfe machen, sie sei gefrässig. Wenn sie aber gefüttert wird, so wird es für die anderen ein Zeichen sein, dass sie zu wenig esse, und sie wird auf solche Weise von den Vorwürfen befreit werden.

Es handelt sich in diesem Falle um eine psychische Infektion. Die Sache mit den Vorwürfen, die die Kranke vorbringt, ist eine einfache Erfindung. Die Patientin sehnt sich nach einem neuen Erlebnis, und da sie schon genug verblödet ist, um sich was Schönes auszudenken (die Kranke meint sie sei „une bête“. — Pourquoi? „Parce que je fais des bêtises“), so möchte sie die Fütterung erproben, ganz gleich, ob sie angenehm oder unangenehm sei. Dass es so ist, ist daran zu sehen, dass Patientin, deren Wunsch nicht erfüllt wurde, etwas anderes gefunden hat, um nachzuahmen. Sie hat nämlich gesehen, wie die oben-erwähnte Katatonika ihr Gesicht mit Kot beschmiert hat, und sie eilt es nachzuahmen.

Letzte Zeit abmt dieselbe Patientin eine Haarzupferin nach und zupft den ganzen Tag ihre Haare, so dass sie schon eine grosse Glatze hat.

Ein ähnlicher sehr interessanter Fall ist bei Bleuler erwähnt, bloss hat ihn Bleuler¹⁾ mit dem richtigen Namen nicht belegt. Ein Katatoniker sieht zu, wie sein Nachbar gefüttert wird, wie dieser sich gegen die Fütterung auf allerlei Weise sträubt und einen qualvollen Affekt äussert. Die ganze Szene regt ihn absolut nicht auf. Er isst von nun ab nicht und muss gefüttert werden, wobei er sich äusserst ruhig verhält. Gefragt, warum er sich füttern lässt, antwortet Patient, er möchte zeigen, dass er nicht geisteskrank sei, wie sein Nachbar, der blödsinniger Weise sich gegen die Fütterung wehrt.

Auf die Motivierung des Kranken brauchen wir nicht weiter einzugehen. Es ist selten, dass ein tief verblödeter Katatoniker sein Benehmen nicht begründet hätte²⁾. Es handelt sich wiederum um eine psychische Infektion, die so stark war, dass Patientin sich dem Hunger unterworfen hat um seine imbezille Neophilie zu befriedigen.

Etwas ähnliches haben wir in folgendem Fall. Ein ziemlich stark verblödeter Epileptiker, der sonst unzugänglich ist und keine Untersuchung auf sich gehen lässt, wird von uns zusammen mit anderen Epileptikern zur Prüfung auf die Reflexe genommen. Patient sieht mit scheinbarem Interesse zu, wie einige Versuchspersonen sich gegen das Experiment wehren und Wehlaute ausstossen. Merkwürdiger Weise verhält sich unser Epileptiker, als die Reihe an ihn kam, vollständig ruhig und lässt auf sich ohne Widerstreben alles gehen. Als wir aber nach einigen Tagen das Experiment mit dem Patienten wiederholen wollten, so wehrte er sich so viel er konnte und liess sich nicht untersuchen. Er hatte es mit einem Male genug, seine Neophilie war befriedigt.

Ein anderes schönes Beispiel für die psychische Infektion wäre noch folgendes. Eine Imbezille schluckt Nadeln. Sie ist eine Künstlerin auf diesem Gebiet, schluckt sechzig und mehr Nadeln auf einmal

1) Bleuler, *Dementia praecox*, in Aschaffenburg's Handbuch der Psychiatrie.

2) Wir führen hier einige Beispiele von Begründung bei der *Dementia praecox* an, die zeigen, wie die Kranken motivieren, bloss um zu motivieren. — Ein Patient verlangt, man soll ihm die Zähne aus dem Munde ziehen. (Warum?) — Damit ich weiter reisen kann. (Warum?) — Weil meine Verwandten es wollen. (Warum?) — Damit ich ohne Zähne bin. (Warum?) — Mein Onkel in Buenos-Aires will es auch. — Ein Katatoniker will entlassen werden. (Warum wollen Sie hinaus?) — Deswegen weil ich da bin, sollte man mich herauslassen. — Eine Patientin pflückt Blumen vom Rasen, was sie nicht tun sollte. (Warum pflücken Sie die Blumen, es ist verboten.) Jetzt ist Ferien usw.

ohne sich zu verletzen. Patientin gibt an, dass sie beim Schlucken von Nadeln eine starke Angst hat. Die Angst findet offenbar ihren Ausdruck im Gesicht während des Aktes. Die Nadelschluckerin sagt einer anderen Imbezillen, sie (Nadelschluckerin) müsse jetzt Nadeln schlucken. Die andere sieht zu und schluckt auch.

Auch hier, wie in den anderen drei Fällen, handelt es sich um eine psychische Infektion. Von einer Suggestion kann in allen diesen Fällen keine Rede sein. Die Suggestion ist, wie gesagt, ein affektiver Vorgang, in diesen vier Fällen aber hat die Affektivität keine Rolle gespielt. Die Patienten lassen sich gar nicht durch die Affektivität der Nachgeahmten (in den ersten drei Fällen Schmerz, im letzten Falle Angst) leiten. Für sie kommt nur der Akt als solcher, als etwas Neues noch nie Erprobtes in Frage und ihn müssen sie auf sich wirken lassen. Die vier Beispiele sind typische Fälle von psychischer Infektion.

In der Psychiatrie sind wir also mit dem Begriffe der Infektion viel weiter gekommen als in den anderen Fächern der Medizin. Während wir auf den anderen Gebieten der Medizin noch nicht wissen, worauf die Disposition zur Infektion beruht, können wir in der Psychiatrie bestimmt sagen, dass die Disposition zur Infektion in der krankhaften Affektivität sich birgt und darum am meisten bei den Geisteskranken vorkommt.

Wir glauben an unserem Ziel angelangt zu sein. Wir haben den Unterschied zwischen Suggestion und psychischer Infektion feststellen können, wir haben an Hand einiger Beispiele die psychische Infektion in ihrer Wirkung demonstrieren können. Wir kommen also zum Schluss, dass Suggestion und psychische Infektion zwei grundverschiedene Erscheinungen sind, die ihre besonderen Kennzeichen haben und die wir von nun an nicht verwechseln dürfen.

Anmerkung. Wir sind in unseren Anschauungen über Suggestion (Suggestibilität) denselben Weg gegangen, den Bleuler in seinem Werke: „Affektivität, Suggestibilität, Paranoia“, Halle, Marhold, betreten hat. Leider ist Bleuler mitten im Wege, wenn nicht gar am Anfang stehen geblieben und hat die Konsequenzen, die ohne weiteres aus seinen Ansichten zu ziehen sind, nicht gezogen. Hätte es Bleuler getan, er müsste zu denselben Resultaten wie wir kommen.

Unsere Arbeit ist unabhängig von dem oben erwähnten Werke Bleuler's entstanden: erst später hat uns Bleuler selbst darauf aufmerksam gemacht, dass unsere Anschauungen in manchem Punkte mit den seinigen harmonieren. Die Tatsache, dass unsere Ansichten mit denen Bleuler's zum Teil zusammenfallen, hat uns jene Genugtuung verschafft, die ein Forscher, wenn er seine Resultate von einer anderen erfahrungsreicheren Seite her bestätigt sieht, haben kann.

VIII.

Zur Pathographie des Immanuel Kant.

Von

Friederich Kanngiesser.

Ein kahles Zimmer, weiss getüncht und ohne
Den kleinsten Schmuck, der Leben würdig macht.
Das einzige Ornament: der dunkle Streifen
Auf roher Bretterdielle, drauf den Weg
Vom Pult zum Bücherschrank millionen Male
Kants ruheloser Schnallenschuh gesucht. —
Nun schiebt der Zwerg, gebückt, unsäglich mager,
Sorglich zurecht das Kissen auf dem Stuhl,
Sein Diener legt behutsam auf die niedre
Von hoher Schulter seinen Zopf und geht.

Kant starrt durchs Fenster auf zu dem Kometen,
Und märchenschön wird jäh der blaue Blick
Des wunderlichen ganz einsamen Mannes,
Des Manns, der handelte wie die Natur,
Keiner Erziehung fähig und bedürftig.
Zugleich notwendig ganz, und ganz auch frei:
„Zwei Dinge sind es, die das Herz des Menschen
Mit immer neuer Ehrfurcht anerkennen:
Du über mir gestirnter ewger Himmel,
Und du in mir, du sittliches Gesetz!“

Börries, Frh. v. Münchhausen: Aus dessen Ballade „Die Kometenjahre“.

Immanuel Kant wurde geboren zu Königsberg am 22. April 1724. Die Voreltern väterlicherseits stammten aus Schottland. Ueber die Eltern liegen keine anamnesticen Daten von Belang vor. Kant selbst war, nach eigener Aussage, weder krank, noch gesund. Er war kaum fünf Fuss hoch, die rechte Schulter prominierte nach oben und hinten, er war skoliotisch, sein flacher Brustkorb hatte Anlage zur Trichterbrust. Latente Tuberkulose? Bemerkenswert ist immerhin, dass sein „Atem bis in seine letzte Zeit frei war“. Sein Kopf war verhältnismässig gross. Sein Körperbau sehr grazil. Muskulatur atrophisch. Keine Fettpolster. Ueber den „gänzlichen Mangel des Gesässes“ pflegte er selbst zu scherzen. Seine Augen waren myopisch. Seine Stimme schwach. Er war unverheiratet. Seine Moralität streng. Sein Benehmen war liebenswürdig und gütig. „Das Wort Kindlichkeit drückt den ganzen Kant aus“ meinten zwei seiner Freunde.

Er rauchte, und trank Wein: beides mässig. Hingegen schnupfte er stark. Bier trank er nie: er hielt es für ein die Lebensdauer verkürzendes Gift. So gross sein Interesse für die Heilkunst war, besonders für die Makrobiotik: er wollte an sich selbst sehen „wie lange das Zeug hält“, so war er doch vom Mediziniere kein Freund: „Alles, was in der Apotheke verkauft wird, Pharmakon und Gift sind Synonyma“. Ausserdem war er Impfgegner. Sein Lebenswandel war sehr geregelt; bis ins höchste Alter liess er sich Glockenschlag 5 wecken und

stand sofort auf; erst um 10 Uhr begab er sich wieder zur Ruhe. Er hielt 7 dem Schlaf gewidmete Stunden für genügend. Ich glaube, dass dieses gewaltsame Herausreissen aus dem Schlaf mittelst des kategorischen Imperativs „Du sollst“, desgleichen sein geradezu sybaritisches Geniessen des Schnupftabaks, gewiss neben dem Hauptmomente des hohen Alters, aber immerhin doch eine Rolle mitgespielt hat in der Aetiologie der Geistesschwäche während seiner letzten Lebensjahre. Es ist zu verwundern, dass Kant's „Lebenskunst“ diese Schädlichkeiten nicht erkannte. Aber er wich nicht von seinen „Maximen“ ab und vertrat keinen Widerspruch, wie er sich auch um die Schriften seiner Gegner kaum oder gar nicht kümmerte. Ein für einen Weltweisen sonderbares Verhalten. Andererseits darf man seine Prophylaxie: er atmete nur durch die Nase und hütete sich in Schweiss zu geraten, als lebensverlängernd wohl anerkennen.

Er ass bloss einmal des Tages und zwar reichlich, Bewegung machte er sich wenig. Beides lag meines Erachtens nicht im Interesse seiner chronischen Intestinalbeschwerden: der Hartleibigkeit und der als Gastropiose des atonischen Magens anzusprechenden Inkommodität, von der seine Biographen berichten.

Dass sein fein organisierter Geist durch einen Nachbarshahn oder durch das Singen von Insassen eines seiner Wohnung naheliegenden Gefängnisses sich belästigt fühlte, ist verständlich. Doch darüber hinaus konnte er während des Universitätsvortrags im ruhigen Ablauf seiner Gedanken gestört werden durch das Fehlen eines Knopfs bei einem Zuhörer, ebenso zerstreute ihn ein auffälliges Aeussere bei Studenten. Da er beim Teetrinken des Morgens gewohnt war allein zu sein, fühlte er sich hier durch zufällige Gegenwart anderer geniert, sofern man ihm gegenüber Platz nahm. Ein Nachbar fällt ihm zu lieb eine Pappel, da Kant durch diesen beim Blick vom Fenster zum Turm in sein Gesichtsfeld hineingewachsenen Baum in seinen Betrachtungen gestört wurde. Einzelne Begriffe fixierten sich derart in ihm, dass er im Gespräch auch unwillkürlich auf sie zurückkam. In seinem letzten Lebensjahr litt er darunter, dass Scherzverse aus seiner Schulzeit sich ihm zwangsweise aufdrängten. Kant war übertrieben vorsichtig und gewissenhaft. So erwähnte er z. B. in einer Vorlesung zwar die Aqua tofana, aber nicht ihre Zubereitung: „Es könnte doch irgend, einer einmal davon Gebrauch machen“. Die Scherben eines bei Tisch zerbrochenen Glases liess er behutsam sammeln und bat seine Freunde (nicht den Diener) dieselben nach langem, gemeinsamem Suchen eines „sicheren“ Ortes daselbst tief zu vergraben.

Seit 1798 „las und schrieb Kant nicht mehr“. Erst 1799, also in seinem 75. Lebensjahre, konnte man die ersten Anfänge des Nachlassens seiner Geisteskräfte beobachten. Er fing an seine Erzählungen am gleichen Tage zu wiederholen. Die Gegenwart machte auf ihn geringeren Eindruck, während für Ereignisse der entfernteren Vorzeit sein Gedächtnis vorzüglich blieb. Zur Unterstützung desselben machte er sich in den letzten vier Jahren seines Lebens Denkbettel. Er klagte auch sehr über Druckempfindung im Kopf. In den letzten drei Jahren kam es häufig zu einem Ausgehen oder Stehenbleiben der Gedanken. Im Jahre 1802 wurde diese arteriosklerotische Schwäche bezw. der Marasmus senilis manifester. Er fiel im Gehen und Stehen, sogar vom Stuhl. Verwechslung der Münzen. Desorientierung im eigenen Garten.

Seit Beginn 1803 wurde er durch (bei seniler Geistesschwäche so häufig beobachtete) schreckhafte nächtliche Halluzinationen bzw. Angstträume geplagt. Er glaubte sich von Räubern und Mördern umgeben, doch lachte er anderen Tages selbst über diese Träumereien. Die Fähigkeit klarer Ausdrucksweise verminderte sich, auch der Sinn für das Zeitmass verliess ihn. Infolge seiner Schwäche stellte sich Schlafsucht ein. Die Esslust, das Gehör und die Geschmacksempfindung stumpften ab. Ein steter Drang zum Wasserlassen (Prostatahypertrophie?) wurde ihm lästig. Seit Herbst 1803 konnte er kaum einen Schritt mehr gehen. Am 8. Oktober 1803 Schlaganfall. Danach drückte er sich nur noch sehr unverständlich aus, bloss über naturwissenschaftliche Dinge gab er merkwürdigerweise noch gute Auskunft, sogar noch am 6. Februar 1804, sechs Tage vor seinem Tode. Nach dem Schlaganfall stellten sich Stereotypien bei ihm ein, die er rast- und ruhelos wiederholte, so das Auf- und Zuknöpfen der Kleider. Seit Dezember 1803 konnte er seinen eigenen Namen nicht mehr schreiben, ganz abgesehen davon, dass seine Sehkraft (teils durch Katarakt) erheblich geschwächt war. In den letzten Wochen verkannte er oft die Personen seiner nächsten Umgebung. Seit dem 3. Februar 1804 nahm er keine Speise mehr zu sich. Als ihn an diesem Tage der Doktor besuchte, wollte er seinen Dank ausdrücken, brachte aber nur einzelne Worte verbindungslos vor. Sein Freund und treuer Pfleger Wasianski erläuterte dieselben und bat den Arzt, Platz zu nehmen, da Kant sich sonst nicht setzen würde. Der Arzt tat es, wenn auch ungläubig, und war zu seinem Erstaunen überrascht als sein Patient, der sich mit grosser Mühe aufrecht gehalten hatte, sich niederliess und mit letzter Kraft sagte: „Das Gefühl für Humanität hat mich noch nicht verlassen“. Am 10. Februar wurde Kant bewusstlos und verbrachte die Zeit bis zu seinem Ableben, bei

intermittierendem, schliesslich peripher erlöschendem Pulsschlag, in Sopor. Sein Tod, der am 12. Februar 1804 eintrat, war ein sanftes Hinübergleiten vom Leben, ein stilles Einschlummern zur ewigen Ruhe.

Die vorstehenden Zeilen habe ich auf Veranlassung eines lieben Freundes, der mir dazu das von H. Schwarz zusammengestellte Buch über Immanuel Kant: Ein Lebensbild nach Darstellungen seiner Zeitgenossen Borowski, Jachmann und Wasianski (Halle 1907) gab, geschrieben. Möge dieser medizinische Beitrag das Interesse erwecken, auch das Leben anderer Geistesgrössen vom ärztlichen Standpunkt aus zu betrachten. Mag ein solcher Aufsatz auch als „kleinlich“ bewertet werden, ich denke er ist immerhin ein, wenn auch nur winziges Steinchen im Mosaik der biographischen Forschung.

IX.

Zur Kasuistik kriegshysterischer Störungen.

Von

Medizinalrat Dr. W. Heinicke,

Sächsische Heil- und Pflegeanstalt Waldheim,
früher leitender Arzt der Nervenstation des Res.-Lazarets I Bautzen.



Welche ungeahnte Fülle hysterischer Erscheinungen der Weltkrieg zeitigt, weiss Jeder, der mit Kriegsnervenkranken zu tun hat. Es ist auch bereits so viel darüber geschrieben worden, dass es Eulen nach Athen tragen hiesse, wenn auch ich noch mein diesbezügliches reiches Material zusammenstellen wollte, zumal die Klinik meiner Beobachtungen und meine Auffassung psychogener Erscheinungsformen im allgemeinen ganz mit denen Anderer übereinstimmt. Ausserdem würde mir augenblicklich nicht die Zeit zu so einer umfangreichen Arbeit zur Verfügung stehen. Auch über die Therapie dieser Zustände eingehend zu reden, erscheint mir ebenso wenig nötig. Die Grundzüge der Behandlung der Hysterie sind ja im Grossen und Ganzen die alten, bereits festgelegte und der weitere feinere Ausbau der jeweils nötigen Behandlungsart ist ebenfalls bekannt und so verschiedenartig, dass man nicht einer bestimmten Therapie das Wort reden kann. Es liegt eben in der Eigenart der Hysterie, dass es bei ihr weniger auf eine bestimmte engere Heilmethode ankommt, als vielmehr auf die Persönlichkeit des Arztes und sein Geschick für den jeweiligen Patienten die gerade passende Heilmethode zu finden. Schliesslich hat sich im Laufe der Zeiten jeder Neurologe seine eigenen Behandlungsarten zurecht gemacht, die er beibehält, weil er mit ihnen ebenso schnelle und gute Erfolge erzielt, wie Andere mit ihren Methoden. So sehr ich zum Beispiel das Verdienst Kaufmann's schätze, das er sich mit seiner Behandlungsart erworben hat, so stehe ich doch nicht an, zu behaupten, dass auch Heilungen verschleppter hysterischer Zustände in einer Sitzung durch andere, mildere Methoden zu erreichen sind. Ich z. B. habe bereits im ersten Kriegsjahr, immer natürlich die geeigneten Fälle vorausgesetzt, durch eindringliche Aufklärung des Patienten über seinen Zustand, im Verein mit Verbalsuggestion und anschliessenden Bewegungskommandos

auch in einer Sitzung Heilung länger bestehender hysterischer Krämpfe und Lähmungszustände erzielt; wenn nötig, unterstützte ich meine Therapie dadurch, dass ich die kranke Extremität in ein Warmwasserbad brachte bzw. den Kranken der Wirkung des schwächsten vollständig schmerzlosen Vierzellenbades aussetzte. Trotzdem bin ich aber kein allzugrosser Freund dieser Schnellheilungen; ich habe immer das Gefühl als böten sie geringere Garantien hinsichtlich des Bestandes, als Heilungen, die langsamer erzielt wurden; beweisen kann ich dieses nicht; ich bin auch gern jeder mich anders überzeugenden Belehrung gegenüber zugänglich.

Den Fall, den ich jetzt in aller Kürze beschreiben will, erwies sich für eine Schnellheilung nach meiner Methode zunächst äusserst günstig, so dass ich nicht einmal zum Vierzellenbad meine Zuflucht nehmen musste. Ich schildere ihn aber nicht deshalb, sondern wegen einer interessanten Komplikation, die während der Therapie eintrat und die ich in solcher Vollkommenheit nicht wieder sah.

Soldat K. hatte vor Monaten eine Schussverletzung der rechten Hand erlitten, die ihm den Verlust zweier Fingerglieder einbrachte. Im Anschluss an diese Verwundung hatte sich eine scheinbare Dauerkontraktur der rechten Hand im Sinne des Faustschlusses eingestellt; die ganze Hand war vollständig bewegungsunfähig; die Finger hatten sich tief in die Vola eingekrallt und jeder Versuch, sie zu strecken, bzw. etwas zu lockern, scheiterte vollständig. In diesem Zustande wurde K. mir zur Untersuchung überwiesen. Ich stellte die Diagnose auf psychogen bedingten Dauerkampf der Hand. Nunmehr erläuterte ich dem vollgeordneten, aber etwas minderwertigen Eindruck machenden Mann, dass gar kein Grund vorläge, warum er die Hand nicht bewegen könne; er habe nur die Herrschaft über dieses Glied verloren usf. Hand in Hand mit diesem suggestiven Zuspruch machte ich Versuche, die zur Faust geballte Hand zu öffnen; nach einigem Bemühen gelang es mir dann auch, ein geringes Nachlassen der Spasmen hervorzurufen; auf jedes Mehr reagierte aber der Patient in Hinblick auf den langen Bestand des Krampfzustandes begreiflicherweise mit Schmerzäusserungen; ich setzte ihn deshalb unter den Einfluss eines Warmwasserbades; sehr bald liessen in demselben die restlichen Krämpfe weiter nach und ich konnte passiv mühelos die Finger bewegen, strecken, addund abduzieren. Das Erstaunen des Kranken benutzte ich, um unter Fortsetzung der passiven Bewegungen jede derselben mit dem entsprechenden Kommando zu begleiten; bis schliesslich K. im Warmwasserbade schnell und geschmeidig ohne jede Hilfe die Finger normal bewegen konnte. Das Warmwasserbad wurde nunmehr unterbrochen und Patient gebrauchte seine rechte Hand fast wie eine gesunde.

Ehe ich jedoch dazu kam, dem Chefarzt des Lazarettes diesen für die damalige Zeit noch einigermaßen überraschenden Heilerfolg vorzuführen, setzte gewissermassen vikariierend für die geschwundenen Spasmen bei dem Patienten

ein schwerer hysterischer Dämmerzustand ein; er stierte plötzlich vor sich hin, sprang dann unter lebhafter motorischer Unruhe vom Stuhl auf, halluzinierte auf das Lebhafteste Feuer und Flammen, wie sein angstvolles Schreien ergab, und drängte mit aller Macht nach dem Fenster, um sich aus diesem zu stürzen. Mit Mühe davon abgehalten, brach er bewusstlos zusammen. Vollständig starr lag er darauf einige Minuten da, bis er vollkommen klar erwachte, und von neuem wieder den bis dahin verschwundenen schweren Handkrampf bot. Von weiteren Versuchen, diesen zu beseitigen, liess ich nach dem Erlebten natürlich ab; K. wurde vielmehr zunächst zur allgemeinen Kräftigung seines Nervensystems einer Heilanstalt überwiesen. Was aus ihm wurde, weiss ich leider nicht.

Jedenfalls zeigt dieser Fall, wie wechselseitig die Hysterie in demselben Individuum ihre Erscheinungsform zu gestalten weiss und auf was für unangenehme Zwischenfälle man selbst bei vorsichtigster Auswahl der Kranken bei der Schnellheilung gelegentlich gefasst sein muss.

X.

Sprachstörungen bei Epilepsie.

Von

Dr. Albert Knapp,

fr. Direktor und Privatdozent, z. Z. Kommandanturarzt.

Sprachstörungen bei Epilepsie sind von einer Reihe von Beobachtern beschrieben worden. Vorwiegend waren es aphasische Störungen, denen die Aufmerksamkeit zugewendet und eine eingehendere Analyse zu teil geworden ist. Sie sind häufiger, als man bei einer Durchsicht der Literatur erwarten sollte. Den Versuch einer erschöpfenden Behandlung aphasischer und verwandter Erscheinungen behalte ich einer späteren monographischen Bearbeitung vor. Heute will ich nur einen kurzen Ueberblick über diese mannigfachen Krankheitsbilder geben und hauptsächlich diejenigen Gesichtspunkte hervorheben, welche auch für die Beurteilung der weniger beachteten artikulatorischen Störungen von Bedeutung sind.

Bei der Untersuchung von Sprachveränderungen jeder Art bei Epileptikern ist zuerst die Frage aufzuwerfen, ob dieselben

1. präepileptisch,
2. postepileptisch,
3. ein Dämmer- und Verwirrtheitszustand,
4. als Aequivalent oder
5. als Dauersymptom im anfallsfreien Intervall beobachtet werden.

Die vor dem epileptischen Krampfanfall auftretenden aphasischen Symptome sind besonders von Féré beschrieben worden. „Unter den eigentlichen Erscheinungen der Aura“, schreibt er, „müssen noch Sprachstörungen erwähnt werden, welche an die Stelle der motorischen, sensitiven oder psychischen Erscheinungen treten. Manches Mal bestehen sie in einfachem Stottern, einer Paraphasie oder motorischen, mehr weniger intensiven Aphonie“.

Diese motorische Aphonie oder, wie wir sagen würden, Aphasie dauert nach meinen Beobachtungen meist nur ganz kurz, häufig nur wenige Sekunden. Die Kranken fühlen den Anfall herannahen, wollen sich

durch Hilferufe oder Anweisungen an die Umgebung darauf vorbereiten, haben aber die Herrschaft über die Sprache verloren, können höchstens einige Silben oder Laute hervorstossen und gleichen in ihrem Verhalten durchaus einem Menschen, der durch einen apoplektischen Insult seine Sprache verloren hat und nun vergeblich versucht, mit den zurückgebliebenen Lautresten seine Gedanken und Wünsche zum Ausdruck zu bringen. Die Kranken klagen nach dem Anfall darüber, dass ihnen die Sprache versagt hat.

Schwieriger ist es, eine sensorische Aphasie während der Aura einwandfrei nachzuweisen. Dieselbe dauert in der Regel zu kurz, um die notwendigen Fragen zu stellen, und geht zu rasch in den Veränderungen des Gesamtbewusstseins unter. Der Nachweis einer präepileptischen oder, besser ausgedrückt, präkonvulsiven sensorischen Aphasie ist mir nur selten gelungen. Soweit ich sehe, ist Féré der Einzige, der sie kennt. Er schreibt S. 79 seiner von Ebers übersetzten Monographie: „In anderen Fällen hören die Kranken wohl den Ton, verstehen aber nicht die Bedeutung des Wortes. In einer Anzahl von Fällen scheint die rechte Worttaubheit wirklich bestanden zu haben“.

Paraphasie habe ich bisher nur als Teilerscheinung einer motorischen Aphasie während der Aura beobachtet, nie als Schläfenlappensymptom nachweisen können.

Ungleich häufiger als vor den Anfällen kommen Aphasien postkonvulsivisch zur Beobachtung. Ein Fall von motorischer postepileptischer Aphasie wird unten ausführlicher mitgeteilt. Der Kranke G. von A. konnte oft nach den Anfällen 10 Minuten lang bei klarem Bewusstsein nicht sprechen. Auch nach Féré ist „eine Anzahl von mehr minder rasch vorübergehenden postepileptischen (motorischen) Aphasien beobachtet worden“. „Todd, Robertson, Jackson behaupten, dass diese transitorischen Paralysen auf nervöser Erschöpfung beruhen, die eine Folge der übermäßigen Anstrengungen während des Anfalles durch Entladung der Rindenzellen ist“.

Während vor dem Anfall die motorische Aphasie häufiger nachweisbar ist, als die sensorische, ist es nach den Anfällen umgekehrt.

Féré hat nach meinen Wahrnehmungen recht, wenn er sagt, dass „die wahre Worttaubheit nach den Anfällen häufig“ ist. Auch Pick hat die Beobachtung gemacht, dass „vielfach ausgesprochene Paraphasie besteht und Störungen von sensorisch-aphasischem Charakter“. In Göttingen hat mich ein benachbarter Epileptiker mit zahlreichen Anfällen häufig in der Poliklinik besucht. Ich habe öfters Gelegenheit gehabt, nach dem kurz dauernden typischen Krampfanfall eine 10 bis

30 Minuten während sensorische Aphasie zu beobachten, die regelmässig auf den Anfall folgte. Die Rückbildung erfolgte nicht in der von Pick als Regel angegebenen Weise. Echolalie war nie vorhanden, dagegen ausgesprochene Paraphasien. Die postkonvulsivische Paraphasie, soweit ich sie beobachtet habe, ist im Gegensatz zu der präkonvulsivischen immer als Teilerscheinung einer sensorischen, nie einer motorischen Aphasie anzusehen.

Pick glaubt ein eigenartig gesetzmässiges Abklingen der postepileptischen sensorischen Aphasie beobachtet zu haben. „Zuerst das Fehlen jedweden Sprachverständnisses, daran anschliessend fehlendes Sprachverständnis mit Perzeption der unverständenen Worte und dadurch ermöglichter Echolalie, drittens endlich fehlendes Sprachverständnis bei richtiger Perzeption der als solche aufgefassten Worte und dadurch ermöglichter Benutzung derselben in willkürlicher, nicht wie im vorigen Stadium in automatischer Weise“.

Bei einigen der von mir beobachteten Fälle scheint die Rückbildung in ähnlicher Weise erfolgt zu sein.

Nur kurz sei auf das Vorbeireden nach den Anfällen hingewiesen. Auch Binswanger hat den Ganser'schen Symptomenkomplex beobachtet.

Die Sprachstörungen während der Dämmer- und Verwirrheitszustände sind besonders von Liepmann, Heilbronner und Raecke behandelt worden. Raecke und Heilbronner machten auf echolalische und aphasische Erscheinungen aufmerksam. In anderen Fällen hat man „beständiges Nachplappern eines einzigen Satzes, bald als Antwort, bald als Anrede, bald als Drohung beobachtet“ (Binswanger).

Ich habe motorische und sensorische Aphasie sowohl jede von beiden isoliert, als auch beide kombiniert gesehen. Liepmann weist in dem Vortrag über epileptische Geistesstörungen in der Deutschen Klinik auf die Erschwerung der Wortfindung hin und erwähnt Zeichen einer amnestischen Aphasie, die alle sonstigen Bewusstseinsstörungen gelegentlich tagelang überdauerte. „Zusammenhangslose Sätze, deplazierte Redensarten, Bruchstücke von Zitaten, Wortreihen ohne Sinn und Verstand, bisweilen in eigentümlicher Stereotypie und Perseveration finden sich im Dämmerzustand und gehen der Verwirrtheit oft auch längere Zeit voraus“ (Binswanger).

Perseveration, Echolalie und Verbigeration sind bei epileptischen Dämmerzuständen auch von Liepmann beobachtet worden, die Häufigkeit der Verbigeration wird auch von Binswanger hervorgehoben. Ich könnte für alle diese Störungen Beispiele aus eigenen

Beobachtungen beibringen. Eines ist in meiner Publikation über Epilepsie und Korsakow'schen Symptomenkomplex eingehend beschrieben.

Der während der Dämmerzustände auch von mir häufiger beobachteten apraktischen und seltener sicher nachgewiesenen asymbolischen Erscheinungen hat Liepmann Erwähnung getan. Sie verdienen sorgfältige Beachtung. Ich habe sie übrigens nicht bloss während der Dämmerzustände, sondern auch prä- und postepileptisch gelegentlich wahrgenommen.

Sehr wenig bekannt scheint zu sein, dass sowohl motorische als auch sensorische Aphasie als epileptisches Äquivalent vorkommen kann. Sensorische Aphasie statt eines Anfalls habe ich bei dem oben erwähnten Göttinger Kranken beobachtet, der sonst die sensorischen Störungen nach den Anfällen aufwies. Meist gehen freilich diese Aphasien der Petit mal-Anfälle in der allgemeinen Bewusstseinsänderung unter. Mit kurzen Anfällen von motorischer Aphasie begannen die epileptischen Erscheinungen bei dem Kranken G. v. A.

Wenn aphasische Sprachstörungen in der anfallsfreien Zeit zur Beobachtung kommen, so wird es sich so gut wie immer um eine Herderkrankung des Gehirns handeln, bei der die epileptiformen Anfälle nur ein beiläufiges Symptom darstellen. Bei genuiner Epilepsie bin ich in der anfallsfreien Zeit motorischer oder sensorischer Aphasie noch nie begegnet. Dagegen sind amnestisch aphasische Störungen auch zwischen den Anfällen gelegentlich zu beobachten, auch wenn die Bromsalze als Ursache mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Der Kranke G. von A. beklagte sich zu einer Zeit, in der er überhaupt kein Brom erhielt, selbst darüber, „dass er bei längeren Auskünften, die er zu geben habe, oft die richtigen Worte nicht finden könne und dann Blödsinn rede“.

Weniger beachtet und untersucht, aber viel häufiger und für die Differentialdiagnose wichtiger als die aphasischen Störungen sind die artikulatorischen Sprachstörungen der Epileptiker. Dieselben Veränderungen der Artikulation, die man als Symptome der Epilepsie häufig namentlich in vorgeschrittenen Fällen findet, kommen auch bei der chronischen Bromvergiftung zeitweise vor. Ehe man also die Erschwerung und Veränderung der Artikulation der Krampfkrankheit zur Last legt, muss man erst mit Sicherheit ausgeschlossen haben, dass sie durch die Medikation verursacht sein können. Bei hohen Bromdosen wird die Artikulation häufig beeinträchtigt, aber auch bei längerer Darreichung von 4—6 g sind Störungen zuweilen zu beobachten. Diese Tatsache ist wenig bekannt und doch

können gelegentlich Schwierigkeiten bei der Differentialdiagnose gegen die progressive Paralyse entstehen, wenn der Kranke ohne Vorgeschichte unter Bromwirkung dem Arzte oder der Klinik zugeführt wird. Ist die Sprache schwerfällig, lallend und verwaschen und ist gar Silbenstolpern vorhanden, so wird der Verdacht auf Paralyse um so mehr wachgerufen, als auch bei dieser Krankheit, wie bei der chronischen Bromvergiftung, die Sebnenreflexe herabgesetzt oder aufgehoben sein können und zuweilen einseitige oder doppelseitige Pupillenerweiterung und Pupillenträgheit beobachtet wird.

Die Lehrbücher von R. von Jacksch und Rud. Kobert über die Vergiftungen erwähnen die Sprachstörungen bei chronischem Bromismus nicht; ich habe sie nur bei Lewin beachtet gefunden. Bei Tagesdosen von 4—10 g hat er beim langsam auftretenden Bromismus „Sprachverlangsamung, Stocken und Schwere in der Sprache, sprachliche Artikulationsstörungen, Verdrehen und Verwechseln von Silben und Worten“ kennen gelernt.

In der Literatur über Epilepsie habe ich nur bei Binswanger diese Störungen bei Bromvergiftung berücksichtigt gefunden. Er sagt: „der sprachliche Ausdruck ist mangelhaft, schwerfällig, einsilbig, die Sprachartikulation ist erschwert, plump, lallend, undeutlich. Es tritt eine Art Silbenstolpern und Verschleifen der Konsonanten, ähnlich wie bei der paralytischen Sprachstörung ein“. Analog der Sprachstörung kommt eine Schreibstörung vor: „die Schrift wird kritzlich, unordentlich. Die Patienten lassen einzelne Buchstaben aus, verstellen Silben und schreiben oft verkehrte Worte nieder, wodurch der Inhalt ganz unverständlich wird“.

Schon die Zahl der unten mitgeteilten Fälle kann als Beweis dienen, dass die artikulatorischen Sprachstörungen nicht so gar selten bei Epilepsie vorkommen. Ich habe nur diejenigen ausgewählt, bei denen Silbenstolpern vorhanden war. Die Durchsicht der Krankengeschichten ergibt ohne weitere Hinweise, wie schwierig zuweilen die Differentialdiagnose gegen die Paralyse sich gestalten kann. Weitaus am häufigsten treten die Artikulationsstörungen postkonvulsivisch auf, seltener während der Dämmer- oder Verwirrtheitszustände; im anfallsfreien Intervall sind sie bisher, soweit ich sehe, nur von Binswanger erwähnt worden, in der Aura und als Aequivalent bin ich ihnen nie begegnet.

Am eingehendsten sind die Störungen der Artikulation von Féré behandelt worden. Er hat „nach epileptischen Anfällen öfters Sprachstörungen beobachtet, und zwar sind diese um so ausgesprochener, je intensiver und frequenter die Anfälle waren. Wir sehen in diesen Fällen

eine Verlangsamung der Sprache, ein Zögern und Stocken bei der Aussprache der Worte, das ebenso wohl durch Vergessen der Worte als durch eine Koordinationsstörung der Zunge erklärt werden muss. Diese Koordinationsstörung der Zungenmuskeln ist ferner noch mit einem Tremor der ganzen Zunge in toto zu einem Zittern der Lippen verbunden. Dies Zittern und diese Verzögerung der Sprache, Erscheinungen, die mehrere Stunden nach dem Anfall andauern können, erinnern an die Sprachstörung der Paralytiker, die sich jedoch durch fibrilläre Kontraktionen kenntlich machen. Zuweilen bleibt die Störung sehr lange bestehen“.

Féré hat auch eine Erklärung für dieselbe gesucht: „die postepileptischen Störungen der artikulierten Sprache scheinen sicherlich als physiologische Grundlage eine Störung in der Beweglichkeit der Zunge zu haben“. Féré hat ein Glossodynamometer erfunden und damit festgestellt, dass die Energie der Zungenbewegungen nach den Anfällen zuweilen geringer ist. „Nach epileptischen Anfällen lassen die Patienten mit Sprachstörungen eine beträchtliche Herabsetzung des Widerstandes der Zunge auf Druck erkennen, die oft auf beiden Seiten verschieden ist, auch wenn die Anfälle nicht halbseitig waren. Es kann sogar vorkommen, dass die Bewegungen der Zunge oft längere Zeit ganz aufgehoben sind, auch wenn der Kranke schon längst wieder zu sich gekommen ist“.

Die Artikulationsstörungen sind verschiedener Art, im allgemeinen trifft es zu, wenn Nadolecny meint, „dauernde Sprachstörungen scheinen seltener zu sein, als vorübergehende Artikulationsbehinderung“.

Wir unterscheiden eine:

- | | |
|------------------|--------------------------------|
| 1. verlangsamte, | 4. stockende und skandierende, |
| 2. monotone, | 5. stotternde und |
| 3. lallende, | 6. silbenstolpernde Sprache. |

Die Bradyphasie ist eine Teilerscheinung der allgemeinen Erschwerung und Verlangsamung der Bewegungen und aller Reaktionen. Diese quantitative Veränderung der Artikulation ist die am häufigsten zu beobachtende Artikulationsstörung. Ich habe sie häufig als einzige oder mit Monotonie verbundene Sprachstörung nach den Anfällen beobachtet.

Fürstner hat gleichfalls eine postepileptische Bradyphasie und Bradylalie beschrieben und auf die „verlangsamte, angestrengte, monotone Aussprache der Silben und Worte“ hingewiesen.

Im Verwirrheitszustand hat Hinrichsen „häsitierende Sprache“ beobachtet. Ich bin diesem Symptom bei Dämmerzuständen wiederholt begegnet.

Binswanger und Nadoleczny haben Verlangsamung und Schwerfälligkeit der Sprache auch im anfallsfreien Intervall festgestellt, und ich selbst habe nicht bloss in den drei mitgeteilten G. von A., H. de H. und A. von O., sondern auch bei einer Reihe von anderen Kranken die langsame und schwerfällig artikulierte Sprache als Dauersymptom unabhängig von den Krampferscheinungen kennen gelernt. Besonders eindrucksvoll war die Verlangsamung der Sprache bei einem Kranken, dessen Geschichte ich in einer Arbeit über Epilepsie und Korsakow'schen Symptomenkomplex veröffentlicht habe und bei dem auch alle anderen Reaktionen dauernd ausserordentlich verlangsamt gewesen sind.

Nach der Verlangsamung ist die Monotonie der Sprache das häufigste Symptom, wenigstens nach meinen Erfahrungen. Als Beispiel möge der Fall H. de H. gelten. Fürstner hat die Eintönigkeit der Sprache nach den Anfällen beobachtet, Nadoleczny hat generell auf dieses Symptom bei Epilepsie aufmerksam gemacht.

Bei der Kranken J. Sch. wie auch bei anderen Kranken habe ich die Sprache dauernd lallend und verwaschen gefunden. Binswanger hat hervorgehoben, dass die Sprache im postepileptischen Erschöpfungszustand häufig „einen lallenden Typus“ zeige, und berichtet, dass er Kranke im Dämmerzustand „in monotoner Verbigeration lallend“ gefunden habe.

Stockend und abgerissen fanden wir die Sprache auch unabhängig von den Anfällen bei dem Kranken G. v. A. Auch Binswanger fand die Sprache zwischen den Anfällen zuweilen „stockend, undeutlich, oft geradezu skandierend“. Féré erwähnt ein postepileptisches „Zögern und Stocken bei der Aussprache“, das oft lange zurückbleibe.

Es gibt Kranke, bei denen unter dem Einfluss der epileptischen Veränderungen die früher fliessende Sprache stotternd wird, ähnlich wie in anderen Fällen ein epileptischer Nystagmus eintritt, den man auch als Augensterben bezeichnen könnte. Nach Nadoleczny's Ansicht „kommt das Stottern prä- und postepileptisch vor“. Auch Féré kennt dieses Symptom und glaubt es bei einem von Pitres beschriebenen Kranken auf einen Krampf der Gesichtsmuskulatur zurückführen zu können. Duclos hat das Stottern als postepileptischen Lähmungszustand der Sprachmuskulatur erklärt. Ich habe stotternde Sprache nicht bloss vorübergehend im Anschluss an Anfälle beobachtet, sondern auch Kranke kennen gelernt, bei denen dieses Stottern im freien Intervall zwischen und unabhängig von den Anfällen als Dauersymptom nachzuweisen war.

Die wichtigste und wenigstens für die Differentialdiagnose bedeutungsvollste Sprachstörung ist das Silbenstolpern. Ehe ich dieses Symptom eingehend bespreche, teile ich zunächst die Geschichte von acht Kranken mit, bei denen ich dasselbe in ausgesprochener Weise beobachtet habe.

Fall 1. Der 37jährige Weber Ph. G. leidet seit dem 2. Militärjahre, nach überstandnem Typhus an epileptischen Anfällen. Erblich ist er nicht belastet. Bis vor 2 Jahren wiederholten sich die Anfälle 1—3mal wöchentlich, seither sind sie häufiger und öfters mit Wutanfällen, Geistesabwesenheit, Wandertrieb und Neigung zu Gewalttätigkeit verbunden. Ein solcher Anfall zu Weihnachten 1902 soll 4 Tage gedauert haben. Seit 2 Jahren hat sich der Geisteszustand so verschlechtert, dass er, der vorher ein geschickter, fleissiger Weber war, zu keiner Arbeit mehr fähig war.

Am Abend des 5. 1. 1904 geriet er ohne vorangegangene Krämpfe in Wut, zertrümmerte die Wohnungseinrichtung, irrte drei Stunden in der Kälte umher, so dass die Füße von Frost wund wurden und die Haut abgefetzt war und bedrohte, nachdem er eingefangen war, seine Angehörigen, so dass er gebändigt werden musste. Er glaubte sich verfolgt und auf dem Kasernenhof zum Dauerlauf umhergejagt. Stets seien seine Verfolger hinter ihm.

Urin und Stuhl lässt er unter sich, die Pupillen sind mittelweit und reagieren kaum. Am 8. 1. wird er der Nervenlinik in H. zugeführt.

Bei der Aufnahme hat er starkes Silbenstolpern, sonst ist der körperliche Zustand, abgesehen von dem üblen Zustand der Fusssohlen, mehreren Zungenbissnarben und Patellarklonus normal. Insbesondere reagieren die Pupillen gut und sind die Hornhautreflexe erhalten.

Zeitweise ist Vorbeireden und Perseveration vorhanden.

Vom Tage der Aufnahme am 8. 1. bis zu seiner Ueberführung nach der Anstalt U. am 13. 2. ist er örtlich und zeitlich unorientiert. Die Merkfähigkeit und Auffassungsfähigkeit ist herabgesetzt, z. B. kann er vier einstellige Ziffern gar nicht nachsprechen, während er einfache Rechenexempel prompt löst. Offenbar unter dem Eindruck von Sinnestäuschungen hat er phantastische Verfolgungsideen, er hat dabei Krankheitsgefühl und erklärt sich seine Wunden an den Füßen richtig. Bald glaubt er auf dem Magdeburger Bahnhof, bald in seinem Heimatsort, bald in einer Krankenanstalt zu sein. Sein Alter gibt er um 3 Jahre zu niedrig an und glaubt, erst vor 3 Tagen vom Militärdienst „freigesprochen“ zu sein.

Die Aerzte erkennt er häufig als frühere Bekannte.

Während die Kniephänomene später nicht mehr gesteigert gefunden werden, bleibt das Silbenstolpern bestehen und wird zeitweise noch stärker, ändert sich auch nicht nach einem plötzlichen Erregungszustand, in dem er gewalttätig wird und sinnlos trotz seiner wunden Füße fortzustürmen sucht, ebenso nicht nach den wiederholten Krampfanfällen. Bei der Entlassung aus der Klinik am 13. 2. ist das Silbenstolpern noch vorhanden, bei der in U. am 2. 3. vorgenommenen Untersuchung ist es verschwunden.

Fall 2. G. v. A. aus B., ist abgesehen von hochgradiger Nervosität der Grossmutter väterlicherseits erblich nicht belastet. Bis zum 9. Jahre war er geistig sehr geweckt und körperlich vorzeitig entwickelt.

Während des Unterrichts beim Vater versagte im 9. Jahr, als er ein Gedicht aufsagen sollte, plötzlich die Sprache. Diese Erscheinung wiederholte sich mehrmals, schliesslich unter Zuckungen. Er war aber im Stande sich das Einjährige zu erwerben.

Bei der Aufnahme in die Anstalt war der 22jährige Mensch körperlich, abgesehen von Steigerung der Fussesnenreflexe, normal. Eine glatte Narbe auf dem Scheitelbein von 1,5 cm Länge rührte von einem Sturz im Anfall her. An der Zunge sind Bissnarben vorhanden.

Fast alle 14 Tage treten typische epileptische Anfälle auf, meist morgens im Bett oder unmittelbar nach dem Aufstehen, zuweilen mit initialem Schrei, fast regelmässig mit Zungenbiss ohne Sezessus, mit nachfolgender, bald längerer, bald kürzerer Benommenheit.

Am 23. 8. 1903 zuckt er während des Gottesdienstes 2—3mal mit dem Oberkörper, dreht den Kopf nach rechts, stösst einige stöhnende Laute aus und zieht dann den Körper krampfhaft zusammen, so dass die Kniee an den Unterleib angedrückt sind. Der Oberkörper ist dabei stark vornüber geneigt. Nach $\frac{1}{2}$ Minute Erschlaffung und gleichzeitig leichte klonische Zuckungen. Das Gesicht ist bleich, von Schweissperlen bedeckt, Speichel und Schaum steht vor dem Munde, die Pupillen sind weit und starr. Nach dem Anfall schläft der Kranke $\frac{1}{2}$ Stunde und ist zwei Tage lang etwas müde.

Bei Behandlung mit salzarmer Kost wird der Kranke hinfällig, Brom wird schlecht vertragen, so dass die Darreichung ausgesetzt wird.

In den folgenden zwei Jahren stellen sich die Anfälle durchschnittlich 5mal monatlich ein.

Im Jahre 1906 werden häufige Angstzustände beobachtet, die, ebenso wie das Allgemeinbefinden, sich bei fleischloser Kost bessern. Die Zahl der Anfälle bleibt dieselbe.

Im folgenden Jahre steigt die Zahl der monatlichen Anfälle auf durchschnittlich 6, dazu gesellen sich vereinzelt Anfälle von Petit mal.

1918 macht sich eine allmähliche Abnahme der geistigen Fähigkeiten bemerkbar, die auch dem Kranken zum Bewusstsein kommt. Er sagt selbst, dass er bei längeren Auskünften, die er zu geben habe, oft die richtigen Worte nicht finden könne und dann „Blödsinn“ rede.

Er ist sehr unzufrieden, reizbar und jähzornig und gibt selbst zu, dass es ihm an Selbstbeherrschung fehle.

Die Sprache ist schwerfällig, stockend, abgerissen, die Ausdrucksweise umständlich.

Merkfähigkeit und Auffassungsfähigkeit ist mangelhaft, z.B. ist er zur Wiederholung von 5 Zahlen zwischen 1 und 10 unfähig. Die Schulkennnisse sind erheblich vermindert, das begriffliche Unterscheidungsvermögen ist weniger herabgesetzt.

In den nächsten 2 Jahren werden die ausgebildeten typischen Krampfanfälle seltener, z. B. werden von Januar bis August 1910 durchschnittlich nur 3—4 Anfälle monatlich gezählt, dagegen sind die früher selteneren Petit mal-Anfälle immer mehr in den Vordergrund getreten, durchschnittlich 34 monatlich.

Dieselben beginnen mit lautem anhaltendem Schrei, dann trampelt der Kranke einige Sekunden auf der Stelle oder springt mehrmals in die Höhe oder läuft durchs Zimmer und wird bleich im Gesicht. Die Dauer überschreitet gewöhnlich $\frac{1}{4}$ Minute nicht. Nachher ist der Kranke müde und schlafsuchtig, gelegentlich verstimmt und unzufrieden und kann oft bei klarem Bewusstsein 10 Minuten lang nicht sprechen. Einige Stunden nachher ist er geistig frisch.

Der körperliche Befund ist unauffällig, abgesehen von ausgesprochenem dauernd vorhandenem Silbenstolpern.

Durch eine im September 1910 begonnene Bromkur (2 mal 2 g täglich) mit Verringerung der Kochsalzdarreichung (die Suppen werden durch Milch ersetzt, Butter und Eier ohne Salz gegeben, im übrigen erhält er die gewöhnliche Kost) werden die Anfälle erheblich vermindert. Im September wird neben 21 Petit mal-Anfällen nur 1 ausgebildeter Krampfanfall beobachtet, im Oktober bleiben beiderlei Anfälle völlig aus.

Der körperliche Befund ändert sich nicht. Das Silbenstolpern bleibt in unverminderter Stärke bestehen.

Fall 3. A. v. O. soll schon als kleines Kind an Blutandrang gegen den Kopf gelitten haben, wozu sich von seinem 7. Lebensjahr an Schwindel und Krampfanfälle gesellten. Die letzteren traten nach Ermüdung und besonders nach Aufregung ein und bestanden in einem einige Minuten dauernden und von Bewusstlosigkeit begleiteten Kramp fzustand, der bis zu 7 mal an einem Tage auftrat und von intensivem 24 Stunden anhaltendem Kopfschmerz begleitet war. Alle 1—2 Wochen setzten diese Zufälle ein und zwar mit besonderer Vorliebe des Nachts.

Der Kranke ist erblich belastet. Sein Vater soll „nervös veranlagt“ gewesen, einem Herzschlag erlegen und etwas dem Trunke ergeben gewesen sein. Eine ältere Schwester des Kranken ist von Geburt an beiden Beinen gelähmt, geistig aber frisch. Eine Schwester des Vaters war bis zum 40. Jahre epileptisch, seither aber anfallsfrei.

Mit Mühe eignete sich der Kranke die elementarsten Schulkenntnis an und kam nicht über die drei ersten Klassen des Realgymnasiums hinaus, brachte es aber nicht bloss in der Handhabung der russischen, sondern auch der französischen, englischen und deutschen Sprache zu der seinem Stande entsprechenden Fertigkeit. Nach einem $1\frac{1}{2}$ jährigen Aufenthalt in einem Sanatorium und vorübergehendem Aufenthalt in der Anstalt suchte er auf einem mecklenburgischen Gut die Landwirtschaft praktisch zu erlernen und kehrte nach einem Jahre in das Elternhaus zurück, angeblich weil die Familie des Gutsbesitzers an seinem Leiden Anstoss nahm.

Mit seinem 23. Lebensjahr trat er noch einmal in die Anstalt ein, die er seit Oktober 1887, abgesehen von kurzen Urlaubszeiten, in der Heimat und an See nicht mehr verliess.

Abgesehen von einer 4mal im Anfall zugezogenen Luxation des linken Schultergelenkes ist der körperliche Zustand sehr gut.

Seine Antworten erfolgen langsam und schwerfällig artikuliert, aber sinngemäss. Auch in fremden Sprachen z. B. englisch drückt er sich geschickt aus. Sein Horizont ist enge; im Gespräch kehrt er immer wieder zu seinem Leiden und besonders zu seinem russischen Besitz zurück. Das Gedächtnis für die Daten seines Lebens ist gut, die Fähigkeit, Neues seinem geistigen Besitztum hinzuzufügen, gering. Seine geographischen und geschichtlichen Kenntnisse sind schlecht, z. B. ist nach ihm die Schlacht von Poltawa gegen die Franzosen geschlagen worden, und nur den einfachsten Rechenaufgaben ist er gewachsen.

Der im April 1903 aufgenommene körperliche Befund war normal. Speziell waren sämtliche Schleimhautreflexe vorhanden, die Gesichtsfarbe und der Gesichtsausdruck frisch, die Haut nicht wesentlich verändert.

1905 war der Kranke wohl, abgesehen von den etwa alle 3—4 Tage hauptsächlich nachts wiederkehrenden Anfällen. Dieselben begannen mit einem lauten Schrei und waren von allgemeinen heftigen klonischen Zuckungen begleitet. Nur 3—4 Minuten ging das Bewusstsein verloren, häufig erfolgte Urinabgang.

Der Kranke erfüllt gewissenhaft seine Pflichten als Postbote. Er beteiligt sich willig an gärtnerischen Arbeiten, zu Zeiten will die Arbeit nicht vorangehen. Er bleibt dann mit dem Spaten in der Hand eine Viertelstunde versonnen stehen und wird aufgeregt und unwirsch, wenn er sieht, dass andere mehr gearbeitet haben.

Zeitweise spricht er die Befürchtung aus, dass seine Angelegenheiten nicht richtig besorgt werden und sein Vermögen verloren gehen könnte, da Niemand auf die Verwaltung seines Gutes aufpasse. Daher wolle er nach dem Vorschlag seines Vaters nach Hause gehen, der ihm geraten habe, trotz seiner Anfälle ein Leben zu führen, wie es einem jungen kräftigen Edelmann gezieme. Mit seinen 40 Jahren sei es Zeit zu heiraten, damit sein Stammgut nicht in die Hände der Regierung falle.

Im Jahre 1896 hatte er 66 Krampfanfälle und 3 Schwindel, 1897 67 Anfälle und 14 Schwindel, 1898 75 Anfälle und 13 Schwindel, 1899 89 und 10, 1900 100 und 35, 1901 144 und 17, 1902 198 und 18, 1903 156 und 12, 1904 145 und 17, 1905 144 und 8 Anfälle und Schwindel.

Trotz 2mal 3 g Bromsalz täglich hat v. O. vom 21. Juli 1906 bis zum Jahresschluss 115 Anfälle und 19 Schwindel, im Jahr 1907 111 und 23, 1908 100 und 36, 1909 109 und 22, 1910 85 und 15 Anfälle und Schwindel.

Bei sonst normalem Körperbefund und Fehlen aller Zeichen einer chronischen Bromvergiftung ist ausgesprochenes Silbenstolpern vorhanden. Im übrigen ist die Artikulation langsam und schwerfällig.

Fall 4. Der Schuhmacher K. L. wurde im Alter von 40 Jahren im Oktober 1909 in die Anstalt aufgenommen. Er ist erblich nicht belastet. Schon in früher Jugend hat er an einer rechtsseitigen Lähmung gelitten mit hochgradiger Verkürzung des rechten Beines. Nach 8jährigem Schulbesuch und Konfirmation kam er zu einem Schuhmacher in die Lehre, hat aber nicht ausgelernt. Angeblich erst seit dem 25. Lebensjahre sind Krampfanfälle vorhanden, in unregelmässigen Zwischenräumen, mit klonischen Zuckungen, Bewusstlosigkeit und häufigem Urinabgang. Er ist wegen Geistesschwäche entmündigt.

Während die Gesichtsmuskulatur symmetrisch ist und die Zunge gerade vorgestreckt wird, ist der rechte Arm wesentlich (um 4 cm) kürzer und um 2 cm dünner als der linke. Auf der Ulnarseite des rechten Unterarms ist eine strahlige, vom Ellbogen bis zur Kleinfingerkuppe reichende, von einem Anfall herrührende Brandnarbe zu sehen. Das rechte Ellbogengelenk kann nicht völlig gestreckt werden. Die grobe Kraft des rechten Händedrucks beträgt 15, die des linken 32 kg. Die rechte Hand kann zum Schreiben und anderen Verrichtungen gebraucht werden. Noch mehr ist die rechte Unterextremität im Wachstum zurückgeblieben und sehr atrophisch. Der Wadenumfang rechts bleibt um 12 cm zurück. Das rechte Bein kann im Kniegelenk nicht völlig gestreckt werden und der rechte Fuss steht in extremer Spitzfussstellung.

Die Kniescheibenreflexe sind symmetrisch lebhaft, rechts ist der Reflex auch von der oberen Quadrizepssehne auszulösen. Das Babinski'sche Zeichen ist rechts zuweilen vorhanden, Oppenheim und Mendel fehlen. Die übrigen Sehnen- und Hautreflexe sind symmetrisch. Hornhaut- und Rachenreflexe sind in normaler Stärke vorhanden.

Die Sprache ist unauffällig.

Einfache Fragen werden prompt beantwortet. Von 6 einstelligen Zahlen werden 4 richtig wiederholt. Die Merkfähigkeit ist etwas herabgesetzt. Die Schulkenntnisse sind mangelhaft. Rechnet im kleinen Einmaleins richtig, dagegen addiert er $14 + 26$, $23 + 44$ nicht richtig und kann $35 : 7$ nicht ausrechnen.

Den Inhalt einer kleinen Geschichte kann er nicht wiedergeben, er liest ohne jedes Verständnis. Den Unterschied zwischen Teich und Bach, Wasser und Eis gibt er richtig, aber umständlich an. Was Undankbarkeit ist, kann er nicht sagen. Er assoziiert sehr schlecht. Die Ebbinghausprobe misslingt vollständig. Urteilsvermögen mangelhaft.

24. 10. Abends $9\frac{1}{4}$ nach dem Bettgehen bekommt er einen Krampfanfall mit initialem Schrei, stark gerötetem Gesicht und klonischen Zuckungen, Urinabgang und Zungenbiss. Nachher schläft er ruhig und weiss anderen Morgens nichts von dem Vorgefallenen.

30. 11. Zur Arbeit in der Schusterei geführt, musste er zurückverlegt werden, da er in 4 Wochen 2mal Erregungszustände bekommen und mit einem Stock auf die Umgebung eingeschlagen hatte. Nachdem er im Bett

noch einige Tage erregt gewesen und laut geschimpft hatte, trat allmählich Beruhigung ein.

21. 1. 1910 auf die Station für gewalttätige Kranke verlegt. Vor der Verlegung sehr erregt, schlug mit einem Stock gegen die Haustür und musste eine Stunde isoliert werden. Darnach ging der 1 $\frac{1}{2}$ stündige Transport gut von statten.

15. 3. Meist gehobener Stimmung. Merkfähigkeit stark herabgesetzt. Kennt noch jetzt seine Umgebung nicht. Leicht reizbar, schlägt dann mit der Krücke drein. Wird vormittags im Bett gehalten. Zur Arbeit unbrauchbar.

18. 5. Geistig sehr schwach. Nicht mehr gewalttätig.

12. 8. Schimpft zuweilen. Sonst unverändert.

28. 10. Schlug nach der Verlegung auf eine andere Station mit dem Stock um sich und verletzte seine Umgebung. Sonst ist der Befund gegen früher unverändert, abgesehen davon, dass jetzt dauernd Silbenstolpern vorhanden ist. Brom bekommt der Kranke nicht.

Fall 5. H. de H. leidet seit dem 6. Lebensjahre an epileptischen Anfällen. Auch der Vater hat in der Jugend an epileptiformen Zufällen gelitten, die sich aber später verloren. Er wird als schwachbegabt bezeichnet und ist wegen Geschäftsunfähigkeit in Konkurs geraten. Die Mutter ist nervös und leidet an einer hysterischen Stimmlosigkeit. Häufig treten die Anfälle des Kranken nach Verdauungsstörungen auf. Er sieht dann sehr angegriffen aus, sinkt lautlos zur Seite, verliert aber angeblich das Bewusstsein nicht immer vollständig. Die Anfälle dauern angeblich 5 Minuten und stellen sich in Pausen von 4—5 Wochen ein. Der Kranke sei früher geistig normal gewesen. Vor dem Anfall sei er erregt, sonst gutmütig. Die Schule besuchte er mit geringem Erfolg. Er war 2 Jahre lang in einer anderen Anstalt. Da die Anfälle sich häuften, wurde er im Alter von 11 Jahre zum ersten Mal aufgenommen und nach 4 Jahren gebessert wieder entlassen.

Im April 1902 wurde seine Aufnahme zum zweiten Mal erbeten. Der Gesichtsausdruck des jetzt 27jährigen Kranken ist blöde, seine Bewegungen langsam, der Kopf nach oben spitz zulaufend. Auf dem linken Fussrücken sieht man eine von einer Knochenoperation herrührende Narbe, an der Zunge sieht man die Narben von mehreren Bissverletzungen.

Die Sensibilität ist herabgesetzt, die Hautreflexe sind lebhaft, ebenso die Kniephänomene.

Hochgradiger Schwachsinn. Sprache langsam und eintönig.

April 1902. 2 Serien von Anfällen, deren 4 an 2 Tagen, 3 und 1 Petit mal-Anfall in 3 Tagen, 2 andere Petit mal-Anfälle erfolgen einzeln, 2mal 2 g Bromsalz täglich.

Im Juni 6 ausgebildete und 1 kleiner Anfall, im Juli 7 grosse und 1 kleiner.

Da das Brom ohne erkennbare Wirkung ist und die Zahl der Anfälle sich monatlich ungefähr in gleicher Höhe hält, wird die Dosis auf 2 mal 2 g herabgesetzt.

Im Jahr 1903 durchschnittlich monatlich 4—5 ausgebildete, 2—3 kleinere Anfälle. Der Kranke ist stumpf, braucht sehr lange, bis er die einfachste Frage beantwortet und ist zeitweise verwirrt und unklar.

In den Jahren 1904—1906 ist der Zustand unverändert. Zeitweise ist er nach den Anfällen einige Tage benommen und macht dann völlig erfundene Berichte über die Anordnungen des Arztes.

1907 98 schwere, 12 leichtere, 10 Petit mal-Anfälle bei 2 g Brom.

1908 81 schwere, 18 leichte, 48 Schwindel.

1909 81 schwere, 21 leichte, 51 Schwindel.

1910, Oktober 67 schwere, 18 leichte, 51 Schwindel bei 3 g Bromkali.

Körperlicher Zustand unauffällig, keine Zeichen von Bromintoxikation. Haut normal. Rachenreflex erhalten. Allgemeine hochgradige Demenz ohne besondere Färbung.

Silbenstolpern bei einfachen Paradigmen auch in den anfallsfreien Zeiten. Sonst ist die Sprache langsam und monoton.

Fall 6. C.J. ist 1877 geboren und im Alter von 15 Jahren in die Anstalt aufgenommen worden. Ein Bruder des Vaters ist epileptisch. Im 5., im 10. Monat und im 5. Lebensjahr hatte sie Krampfanfälle, mit 12 Jahren litt sie an Veitstanz. Seit dem 14. Jahr stellten sich wieder typische epileptische Anfälle ein. Sie begannen ohne Vorboten mit einem durchdringenden Schrei, der typische Anfall dauerte nur kurze Zeit, während die Bewusstlosigkeit sich über eine Stunde ausdehnte. Die Anfälle traten gruppenweise zu 3—4 an einem Tage auf, mit 10—12 Tagen Zwischenpause.

Zuerst soll das Mädchen eine gute Schülerin gewesen sein. Bei der Aufnahme war sie mit ihren 15 Jahren weniger entwickelt als ein 10jähriges Kind.

In den ersten Jahren hatte sie zuerst bei 4, später bei 2 g Bromsalz durchschnittlich 6 Anfälle monatlich. Im Jahre 1903 nahmen die Anfälle bis zu 34 monatlich zu, trotz Steigerung der Bromdosis auf 6 g.

Im September 1904 hatte sie nachts einen Status epilepticus, 1905 wiederholte sich derselbe dreimal, wurde aber durch Amyleninjektionen kuppert; im September 1906, Juli und September 1908 und Februar 1909 trat wieder je ein Status epilepticus ein, während sonst die Anfälle ausblieben.

Seit Februar 1909 ist kein Status epilepticus mehr eingetreten. Dagegen stellten sich trotz 2mal 2 g Bromsalz durchschnittlich 5—6 Anfälle monatlich ein ohne Aura mit initialem Schrei und häufigen Zungenbissen und Urinabgängen. Nach den Anfällen ist sie tagelang benommen.

Was den psychischen Zustand im Oktober 1910 betrifft, so ist die Auffassungs- und Merkfähigkeit herabgesetzt, die Ausdrucksweise schwerfällig und umständlich. Das begriffliche Unterscheidungsvermögen und die Kombinationsfähigkeit so gut wie aufgehoben. Die Schulkenntnisse sind fast ganz verloren gegangen. — Alter und Heimat gibt sie richtig, aber umständlich an. Nachher kommt sie bei jeder Frage wieder darauf zurück, dass sie aus der Rheingegend und dem Regierungsbezirk Wiesbaden sei.

Sie hält sich für ganz gesund. Die Pflegeschwester ist ihrer Meinung nach zum Nähen und Stricken da, ebenso die anderen Kranken.

Sie ist reizbar, gerät leicht in Streit und ist sehr kräftig. Unterliegt sie ausnahmsweise, so droht sie mit den Gerichten. Sonst ist sie stets heiter, zum Singen geneigt und erotisch.

Zuweilen hat sie Anfälle von Geistesstörung. Sie glaubt dann in Hoffnung zu sein. Ihr Vater und ihr blinder Bruder liegen bei ihr im Bett. Kaiser Friedrich ist ihr Bräutigam, der im Astloch oder in den Fussleisten des Bodens sitzt und dem sie Brocken von ihrer Speise hinlegt. Sie legt sich umgekehrt ins Bett, mit dem Kopf am Fussende. Auf andere, die ihr Zimmer betreten, ist sie eifersüchtig.

Körperlich ist sie wohl. Abgesehen von Steigerung der Kniephänomene, Hautschrift und Herabsetzung des Rachenreflexes ist nichts Auffälliges nachzuweisen. Der Hornhautreflex ist vorhanden. Die Haut ist rein. Ihre Bewegungen sind täppisch, aber sehr flink, wenn sie davon laufen oder Essen holen will.

Auch bei verhältnismässig einfachen Worten ist Silbenstolpern vorhanden und häufige Silbenauslassungen.

Fall 7. E. E. wurde im Alter von 30 Jahren im Juni 1905 in die Anstalt aufgenommen. Ein Bruder war Epileptiker, ein anderer hat sich selbst entleibt. Die Eltern sind gesund. Körperlich und geistig hatte sich das Mädchen gut entwickelt, sie war eine gute Schülerin, ist aber jetzt geistig sehr schwach geworden. Die Menstruation erfolgte seit dem 16. Jahre regelmässig.

Die epileptischen Erscheinungen begannen im 12. Lebensjahre; zunächst waren es nur Schwindelanfälle, jetzt sind es ausgebildete Krampfanfälle, die nur nachts ohne Aura etwa zwei Mal wöchentlich sich einstellen.

Körperlich lässt sich nichts Besonderes finden.

Sie lacht und grimassiert beständig, ist auf die meisten Fragen nicht zu fixieren und vermag selbst ihre Personalien nur lückenhaft anzugeben. Die Schulkenntnisse sind gleich Null. Auf die Frage nach der Provinz, nach dem Namen und Wohnort des Kaisers gefragt, bleibt sie die Antwort schuldig.

Im Jahre 1906 sinkt die Zahl der Anfälle bei 2mal 4 g Bromkali auf 30.

Sie stellen sich stets nur bei Nacht ein.

„ „ 1907 werden bei 2mal 3 g Bromkali 21

„ „ 1908 „ „ 2 „ 3 g „ 13

„ „ 1909 „ „ 2 „ 3 g „ 21 Anfälle

beobachtet.

Nach den Krankenberichten hat sich das Befinden der Kranken nie geändert. Sie sitzt dauernd fast gänzlich untätig da, ist entweder ausgelassen, läppisch und albern oder gereizt und zu Tätlichkeiten geneigt. Beim geringsten Anlass schlägt sie in blinder Wut mit den Fäusten oder Schuhen auf die Mitkranken.

Oktober 1910. Bei 2mal 3 g Bromkali täglich treten die Anfälle durchschnittlich 2mal monatlich auf, immer ohne Aura, durch initialen Schrei sich anmeldend, stets nur bei Nacht, in typischer Ausbildung. Am Tage nach den Anfällen ist die Kranke benommen und reizbar. Auch gegenwärtig zeigt sie sich reizbar, gewalttätig und nachträglich.

Die Auffassungs- und Merkfähigkeit ist schlecht (365 wird nach 2 Minuten nicht agnosziert). Das begriffliche Unterscheidungsvermögen und die Schulkenntnisse sind so gut wie völlig geschwunden.

Ihr Alter gibt sie falsch (auf 39 statt auf 35 Jahre) an, weiss ihr Geburtsjahr nicht, will schon 10 Jahre (statt 5) in der Anstalt sein.

Die pflegende Schwester ist, wie sie glaubt, zur Unterhaltung der Kranken da. Sie hält sich nicht für krank und behauptet, schon seit Jahren anfallsfrei zu sein. Sie weiss ebenso wenig den Grund, warum sie in der Anstalt ist, als was den anderen Kranken fehlt.

Sie ist euphorisch und geschwätzig, kommt immer wieder auf sich selbst zu sprechen, erzählt weitläufig von ihrer Familie, ihrer Krankheit, ihren Zähnen, ihren kirchlichen Leistungen.

Körperlich ist sie wohl. Die Kniephänomene sind gesteigert, die mechanische Erregbarkeit der kleinen Hautgefässe und der Muskeln erhöht, der Kornealreflex vorhanden, der Rachenreflex aufgehoben. Die Haut ist rein, der Atem nicht übelriechend, auch sonst sind keine Zeichen von Bromismus vorhanden.

Die im übrigen unveränderte Sprache ist artikulatorisch gestört. Man beobachtet dauernd deutliches Silbenstolpern.

Fall 8. Die Kranke J. S. ist nach den Angaben der Angehörigen erblich nicht belastet und eine gute Schülerin gewesen. Im 16. Lebensjahre trat ohne äusseren Anlass der erste typische Krampfanfall auf. Zunächst wiederholten sich die Anfälle alle 3—4 Wochen, dann steigerte sich die Zahl; im 20. Jahr hatte sie dieselben oft dreimal täglich.

Dieselben beginnen ohne Aura mit lautem oft lange anhaltendem Schrei. Es folgen tonisch-klonische Krämpfe des ganzen Körpers bei völligem Bewusstseinsverlust mit Pupillenstarre und terminalem Schlaf.

Im Juli 1898 tritt die Kranke in ihrem 20. Lebensjahre in die Anstaltspflege ein.

Abgesehen von Blutarmut, Schwellung der Nasenmuschel und nasalen Sprache ist der körperliche Befund unauffällig. Ueber den geistigen Zustand ist notiert: „Rechnet schlecht, $3 \times 8 = 35$, liest ohne Verständnis. Hat starke Gedächtnisdefekte“.

1899	werden durchschnittlich	8	Anfälle,
1900	„	7	„
1901	„	10	„

monatlich festgestellt.

1902 wird die Sprache als lallend bezeichnet. Bei 2mal 4 g Bromkali vermindert sich die Zahl der Anfälle nicht.

1903. Zuweilen stellen sich nach Anfällen Erregungszustände mit Gehörstäuschungen ein.

1908 werden bei 2 mal 2 g Bromkali 96 Anfälle,

1909 " " 2 " 2 g " 66 "

jährlich gezählt.

1910 wird das Bromkaliquantum zunächst auf 2 g täglich herabgesetzt, nach einigen Monaten ganz weggelassen. Die Zahl der Anfälle ändert sich nicht wesentlich, Monatlich sind es durchschnittlich 5,9.

Ohne Aura mit initialem Schrei, Urinabgang und terminalem Schlaf haben die Anfälle durchaus typischen Charakter. Nachher ist die Kranke ganz munter.

Die Intelligenzdefekte sind sehr stark. Merkfähigkeit, Auffassungsfähigkeit. Gedächtnis, Schulkenntnisse, Kombinationsfähigkeit und begriffliches Unterscheidungsvermögen sind sehr schlecht. Sie kann auch im Rahmen des kleinen Einmaleins nicht rechnen, gibt die Zahl der Tage im Jahr auf 44 an, die Zahl der Wochentage auf 10.

Sie hält sich für „ganz gesund“, glaubt, dass die pflegende Schwester hier sei, „um fröhlich zu leben“, die anderen Kranken „zu besserer Arbeit“.

Sie ist euphorisch, übermütig, reizbar, gewalttätig, hört zuweilen Stimmen, bezieht alles, was gesprochen wird, auf sich, macht sich aus Strümpfen und Lumpen Puppen, die sie als Wickelkinder von verschiedenem Alter und Namen bezeichnet. Augenblicklich sind es zehn. Sie spricht gern von ihren Entbindungen, ist sehr religiös, behauptet ihre Menses verloren zu haben und reibt sich mit Kot ein, um den Blutfluss wieder hervorzurufen. (Sie ist erst 32 Jahre alt und menstruiert etwas unregelmässig.)

Körperlich ist sie wohl. Die Extremitäten sind zuweilen kühl. Die Kniescheibenreflexe sind gesteigert, die Hornhautreflexe normal, der Rachenreflex stark herabgesetzt. Sonst ist der körperliche Befund unauffällig. Sie klettert sehr gewandt.

Die Sprache ist meist verworren und lallend, zuweilen dann wieder auffallend fließend. Ständig ist Silbenstolpern auch bei anderen Worten vorhanden (z. B. Elektrizität, Oberbürgermeister). Die Sprachstörung bleibt auch nach wochenlangem Aussetzen des Broms bestehen.

Nachdem ich Silbenstolpern bei Epileptikern wiederholt beobachtet hatte, habe ich unter den 2100 epileptischen Kranken der Anstalt etwa 500 auf das Symptom hin untersucht und die Sprache in neun Fällen, von denen ich mitteilen kann, ausgesprochen und dauernd silbenstolpernd gefunden. Angedeutet und weniger ausgesprochen habe ich das Symptom sehr viel häufiger beobachtet, besonders bei Kranken, die sich auch durch das Vorhandensein der objektiven neurasthenischen Kennzeichen als Neurastheniker verrieten. Wäre ich imstande gewesen, meine Untersuchungen fortzusetzen, so hätte ich wohl das Silbenstolpern noch häufiger nachweisen können.

Unter den mitgeteilten Krankengeschichten nimmt die letzte eine Sonderstellung ein. Ich habe diesen Kranken am Anfang meiner Tätigkeit an der Nervenklinik in Halle beobachtet und verdanke die Möglichkeit, meine Krankengeschichte noch einmal einzusehen, dem Entgegenkommen von Herrn Geheimrat Anton, einige ergänzende Notizen der Freundlichkeit von Herrn Prof. Alt. In diesem Fall handelte es sich um einen wochenlang dauernden Dämmerzustand, der anfangs öfter von halluzinatorisch bedingten Erregungszuständen und Verfolgungsvorstellungen unterbrochen war und während der ruhigeren Zeiten ganz unter dem Bild eines Korsakow'schen Symptomenkomplexes sich darstellte. Das schon bei der Aufnahme am 8. Januar nachweisbare Silbenstolpern steigerte sich später immer mehr, ohne sich durch den Eintritt der Erregungszustände beeinflussen zu lassen, und konnte bis zur Ueberführung nach Uchtsprunge am 13. Februar nachgewiesen werden. In Uchtsprunge war am 2. März mit dem Korsakow'schen Symptomenkomplex auch das Silbenstolpern verschwunden.

Während in diesem Fall das Silbenstolpern nur vorübergehend während eines Dämmerzustandes und anderer psychischer Veränderungen, wenn auch mehrere Wochen lang, vorhanden war, war es in allen anderen Fällen als Dauersymptom unabhängig von den epileptischen Zufällen festzustellen. Wenn also Nadoleczny bei der Besprechung der Veränderungen der äusseren Sprache der Epileptiker das Urteil abgibt: „Dauernde Sprachstörungen scheinen seltener zu sein, als vorübergehende Artikulationsbehinderung“ und wenn, wie wir gesehen haben, dieses Urteil im allgemeinen für die übrigen Arten der artikulatorischen Störung zutrifft, scheint es für das Silbenstolpern keine Geltung zu haben.

Bei den Kranken E. E. und K. L. war ebenso wie bei dem Kranken Ph. G. das Silbenstolpern das einzige sprachliche Symptom, bei den anderen war es mit andern Artikulationsveränderungen verschwistert. Bei sämtlichen Kranken bestanden die epileptischen Veränderungen schon jahrelang, fast bei allen begannen die Krämpfe schon in früher Kindheit. Drei von ihnen litten an der besonders ominösen Serienepilepsie, die geistig schwächste an wiederholten Anfällen von Status epilepticus. Bei allen waren erhebliche Intelligenzdefekte nachzuweisen und war der Nachlass der geistigen Kräfte schon in der Jugend offenkundig geworden, so dass ein besonders rascher und bösartiger Verlauf der Krampfkrankheit angenommen werden muss. Vier von den Kranken befanden sich in einem Zustand hochgradiger Verblödung, der weniger demente Kranke

Ph. G. mit seinem Dämmerzustand hatte kurz nach dem Einsetzen der Anfälle seine frühere berufliche Tüchtigkeit vollkommen eingebüsst, der starke Rückgang der geistigen Kräfte erfolgte bei dem Kranken K. L. innerhalb eines Jahres ohne Bromsalze unter meinen Augen, namentlich war auch der Nachlass der Merkfähigkeit sehr deutlich, der Kranke A. v. O. vermochte sich zwar Kenntnisse in vier Sprachen anzueignen und zu erhalten, konnte sich aber nur die elementarsten Schulkenntnisse mühevoll erwerben und zeigte im übrigen schon in jungen Jahren seine geistige Schwäche, und der verhältnismässig geistig lebendigste G. v. A. hatte selbst das Gefühl, unter unseren Augen an geistigen Fähigkeiten einzubüssen.

Bei sämtlichen Kranken war speziell die Merkfähigkeit und meist auch die Auffassungsfähigkeit wesentlich herabgesetzt, bei mehreren so gut wie aufgehoben. Diese Beobachtung bedarf deshalb besonderer Erwähnung, weil bei andern epileptischen Verblödnungszuständen die Merkfähigkeit oft auffallend lange gut bleibt. Vier von den Kranken litten an psychischen Störungen. Von H. d. H. wurde angegeben, dass er zeitweise verwirrt und unklar war, Ph. G. hatte in seinen Dämmerzuständen Anfälle von halluzinatorisch bedingtem phantastischem Verfolgungswahn, J. Sch. hatte neben zeitweise auftretenden Phonemen und Beziehungsideen einen Dauerzustand, der am meisten Ähnlichkeit mit einer paralytischen Manie hatte, bei C. J. traten Anfälle auf mit autopsychischer und allopsychischer Desorientierung und monotonen phantastischen Wahn- und Grössenvorstellungen.

Fast alle Kranken wurden von zahlreichen Anfällen heimgesucht. Meist waren es ausgebildete typische Krampfanfälle; nur bei dem Kranken G. v. A. spielten die täglich auftretenden kleinen Anfälle die Hauptrolle.

Bei mehreren Kranken war früher die Wahrnehmung gemacht worden, dass Bromsalze wirkungslos waren. Bei dem Kranken G. v. A. gelang es, durch geringe Bromdosen (2×2 g Bromsalz) und kochsalzärmere Kost die Anfälle zum Verschwinden zu bringen, ohne dass das Silbenstolpern aufgehört hätte.

Fast immer sind die Sprachstörungen in unsern Fällen als einziges körperliches Symptom ohne andere neurologische Veränderungen im anfallfreien Intervall nachzuweisen gewesen.

Wenn wir nach der Ursache des Silbenstolperns forschen wollen, müssen wir uns in erster Linie über das Verhältnis des Kranken zu den Bromsalzen im Klaren sein. Da Silbenstolpern sowohl nach meinen Wahrnehmungen, als auch nach der Ansicht von Binswanger bei der Bromvergiftung vorkommt, müssen wir erst den chronischen Bromismus ausschliessen können, ehe wir das Symptom als durch die

epileptischen Veränderungen bedingt aussehen. Bei allen unsern Kranken kann eine Bromintoxitation, bei einzelnen selbst Brommedikation mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Kranken Ph. G. und K. L. haben überhaupt kein Brom erhalten, bei dem Kranken G. v. A. war die Bromdarreichung schon monatelang ausgesetzt, als ich das Silbenstolpern feststellte, die Kranke J. Sch. hatte wenig Brom erhalten und die Sprachstörung änderte sich auch nicht, als das Brom weggelassen wurde, die Kranken H. de H. und C. J. erhielten nur 2×1 , bzw. 2×2 g täglich, nur den Kranken E. E. und A. v. O. wurden grössere Bromdosen (je 2×3 g Bromsalze) gereicht. Aber auch bei den letzteren kann die Sprachstörung dem Brom nicht zur Last gelegt werden. Bei ihnen, wie bei den übrigen Kranken war das körperliche Befinden gut und waren Zeichen einer Bromvergiftung nicht vorhanden. Die Haut war bei allen rein, die Bewegungen ungestört, Hände und Zunge zitterten nicht, die Sehnenreflexe waren nicht abgeschwächt, die Pupillen normal, die Kornealreflexe waren vorhanden, nur bei den zwei Kranken E. E. und C. J. war der Rachenreflex aufgehoben.

Eine direkte Abhängigkeit von den Krampfanfällen war schon deshalb auszuschliessen, weil das Silbenstolpern dauernd, nicht bloss postkonvulsivisch vorhanden war. Ueberdies blieb bei dem Kranken G. v. A. das Silbenstolpern zurück, nachdem die Anfälle wochenlang durch therapeutische Maassregeln ausgesetzt hatten; und war bei dem Kranken Ph. G. nur ein ausgebildeter Krampfanfall während der psychischen Störungen vorhanden.

Immerhin ist es in manchen Fällen nicht ausgeschlossen, dass das Silbenstolpern als postkonvulsivisches Erschöpfungssymptom anzusehen ist, wie es bei den aphasischen Störungen und bei manchen transitorischen Lähmungen der Fall ist. Da Silbenstolpern bei der Rückbildung motorischer Aphasien häufig beobachtet werden kann, so könnte man wenigstens bei dem Kranken G. v. F., der häufig eine motorische Aphasie als Aequivalent und als postkonvulsivisches Symptom hatte, daran denken, das Silbenstolpern mit der motorischen Aphasie in Zusammenhang zu bringen und es wie diese als Erschöpfungssymptom zu deuten. Da aber das Silbenstolpern dauernd, auch unabhängig von den Anfällen vorhanden war, kommt diese Erklärung auch für den Patienten G. v. A., geschweige denn für die übrigen Kranken nicht in Betracht.

Berücksichtigt man die spontanen Klagen des Kranken Ph. G.: „Es zuckt mich so im Maul, wenn ich viel spreche“ und „es zuckt immer im Mund, da vergesse ich alles“, so könnte man auf den Gedanken kommen, dass die lästigen und offenbar die Aufmerksamkeit

in Anspruch nehmenden Sensationen das Silbenstolpern mit veranlasst haben könnten. Diese Klage ist aber vereinzelt und derartige Sensationen sind keineswegs die Regel.

Wenn Féré die artikulatorischen Sprachstörungen ganz allgemein durch eine Koordinationsstörung der Zungenmuskeln zu erklären sucht und mit seinem Glossodynamometer eine Herabsetzung der groben Kraft der Zungenmuskeln als ihre Ursache festgestellt zu haben glaubt, so trifft diese Erklärung weniger für das Silbenstolpern, das ihm als epileptisches Symptom überdies nicht bekannt ist, als für die andern ihm bekannten artikulatorischen Störungen zu und kann für die Mehrzahl der Fälle von Silbenstolpern nicht in Betracht kommen.

Nach der Ansicht von Wernicke, die jetzt wohl die allgemein gültige ist, kommen als Ursache für das Silbenstolpern drei Krankheiten in Frage: 1. die progressive Paralyse, 2. die motorische Aphasie, 3. der chronische Alkoholismus, besonders das Delirium tremens. Wenn wir nach unsern Erfahrungen diesen drei Krankheiten die Epilepsie als vierte an die Seite stellen müssen, so ist es das wahrscheinlichste, dass auch bei ihr dieselbe anatomische oder physiologische Ursache für diese Sprachstörungen anzunehmen ist, wie bei den drei andern, d. h. dass es sich um leichte Veränderungen in der motorischen Sprachregion handelt. Diese Veränderungen sind bei der motorischen Aphasie, wenn im Rückbildungsstadium Silbenstolpern auftritt, und beim Delirium tremens reparabel, bei der Paralyse immer, bei der Epilepsie in der Regel, wenigstens gilt das für unsere Fälle, irreparabel.

Silbenstolpern als epileptisches Symptom ist fast ganz unbekannt. Nicht bloss ist es in keinem neurologischen und internen Lehrbücher erwähnt, sondern auch in keiner der Monographien über Epilepsie berücksichtigt. Nur in der Wiedergabe der Krankengeschichte eines an Petit mal leidenden Kranken von Binswanger ist bemerkt, dass die Sprache einmal silbenstolpernd gewesen sei, ohne dass weitere Schlussfolgerungen daraus gezogen worden wären, und Nadoleczny erwähnt unter den Veränderungen der äusseren Sprache bei Epileptikern auch das Silbenstolpern.

Und doch verdient das Symptom alle Aufmerksamkeit, weil unter Umständen die Differentialdiagnose gegenüber der progressiven Paralyse dadurch erschwert und Veranlassung zu Fehldiagnosen gegeben werden kann. Einerseits kommen bei der Paralyse bekanntlich epileptiforme Zustände vor, die sich vom typischen epileptischen Krampfanfall in keiner Weise unterscheiden, andererseits kommen bei der Epilepsie ausser dem Silbenstolpern eine Reihe von Symptomen vor,

die als charakteristisch für die Paralyse gelten, so Pupillenstörungen, Veränderungen der Sehnenreflexe, Gangstörungen, Tremor der Zunge und Lippen, lallende und verwaschene Sprache, Silbenauslassungen, Schriftveränderungen und unter den psychischen Symptomen hauptsächlich Herabsetzung der Merkfähigkeit und Auffassungsfähigkeit. Auch die epileptische Demenz kann der paralytischen gelegentlich zum Verwechseln ähnlich sein, und der Symptomenkomplex einer epileptischen Psychose kann den psychischen Störungen bei Paralyse gleichen. Würde man allein mit dem psychischen Status der Kranken C. J. und J. Sch. bekannt gemacht, so würde man gewiss zuerst an Paralyse denken.

Der Psychiater und Neurologe hat daher allen Grund, dem Symptom des Silbenstolperns bei Epilepsie Aufmerksamkeit zu schenken.

Literaturverzeichnis.

1. Binswanger, Otto, Die Epilepsie. 2. Aufl. Wien und Leipzig. 1913.
2. Féré, Charles, Die Epilepsie. Uebersetzt von Paul Ebers. Leipzig. 1896.
3. Fürstner, Ueber einige nach epileptischen und apoplektischen Anfällen auftretende Erscheinungen. Arch. f. Psych. S. 518.
4. Duclos, Études cliniques pour servir à l'histoire des convulsions de l'enfance. 1854. S. 36.
5. Heilbronner, Bedeutung aphasischer Störungen bei Epileptikern. Zentralblatt f. Nervenheilk. 1905.
6. Hinrichsen, Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Irreseins. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1911. Bd. 73.
7. v. Jacksoh, Die Vergiftungen. 2. Aufl. 1910.
8. Kobert, Lehrbuch der Intoxikationen. 2. Aufl. 1906.
9. Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. 2. Aufl. 1893.
10. Liepmann, Epileptische Geistesstörungen. Deutsche Klinik. Bd. 6.
11. Nadoleczny, Beitrag zur Kenntnis der Physiologie, Pathologie und Therapie der Sprache. Herausgeg. v. H. Gutzmann. Monatsschr. f. Sprachheilkunde. Berlin. 1908. Bd. 18.
12. Pick, A., Ueber die sogenannte Revolution nach epileptischen Anfällen usw. Archiv. f. Psych. Bd. 22.
13. Räcke, Das Verhalten der Sprache in epileptischen Verwirrheitszuständen. Münchener med. Wochenschr. 1904.
14. Räcke, Zur Symptomatologie des epileptischen Irreseins usw. Archiv f. Psych. Bd. 41.
15. Schulze, W., Beitrag zur Kenntnis der Sprachstörungen der Epileptiker. Inaug.-Diss. Göttingen.
16. Knapp, Albert, Epilepsie und Korsakow'scher Symptomenkomplex.

XI.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik Rostock-Gehlsheim
(Direktor: Prof. Dr. Kleist).

Untersuchungen über fermentative Vorgänge im Verlaufe der endogenen Verblödungsprozesse vermittels des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens, und über die differentialdiagnostische und forensische Verwertbarkeit der Methode in der Psychiatrie.¹⁾

Von

Dr. med. Gottfried Ewald,

Assistent der psychiatrischen und Nervenlinik Rostock-Gehlsheim.

Wenn ich heute über Untersuchungen serologischer Art bei den endogenen Verblödungen berichte, so kommt hier nur ein begrenztes Gebiet zur Darstellung, mit dem wir uns im Verlaufe des letzten halben Jahres mit grösserer Intensität an unserer Klinik beschäftigt haben, nämlich die serologische Erforschung der endogenen Verblödungsprozesse vermittels des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens.

Die Veröffentlichungen Fauser's Ende 1912 über seine Ergebnisse mittels des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie riefen ein ausserordentliches Aufsehen hervor. Bekanntlich kam Fauser im weiteren Verlauf seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass in Fällen von Dementia praecox und bei anderen organischen Gehirnerkrankungen, besonders bei Paralyse, fast immer ein Organabbau im Dialysierversuch nachgewiesen werden konnte. Dagegen fand er niemals Organabbau bei Gesunden und bei den sogenannten funktionellen Psychosen, dem manisch-depressiven Irresein, Hysterie und Psychopathie. Ihm war damit ein objektives Kriterium an die Hand gegeben, um eine funktionelle Psychose von einem organischen, zu Defekten führenden Leiden zu trennen. Bei der Ueberzeugung, mit der Fauser seinen

1) Nach einem Vortrag auf dem Norddeutschen Psychiatertag vom 27. 7. 1918 in Rostock-Gehlsheim.

Befunden vertraute, ist es nicht Wunder zu nehmen, dass er auch bald zu weittragenden praktischen Schlussfolgerungen und Nutzenanwendungen überging. Im Hinblick darauf, dass der Organabbau von Drüsen mit innerer Sekretion eine Dysfunktion dieser Drüsen ihm zu beweisen schien, unternahm er operative Eingriffe, z. B. Strumektomien, und glaubte tatsächlich dadurch nicht nur Besserungen, sondern sogar Heilungen der operierten Psychosen eintreten zu sehen. Auf der anderen Seite schien ihm durch die Ergebnisse der Untersuchungen eine wertvolle Bereicherung auch für unsere forensische Begutachtung an die Hand gegeben. Die serologische Diagnose ermöglichte es seiner Ansicht nach, Simulanten und Psychopathen von beginnenden Hebephrenen objektiv zu unterscheiden, er glaubte, die serologische Diagnose über die klinische Beobachtung stellen zu dürfen, und auf Grund des Ergebnisses des Abderhalden-Versuches sollte die Berechtigung zu einem operativen Eingriff, die Berechtigung zu einer gerichtlichen Verurteilung oder Freisprechung gegeben sein.

Bei der ungeheuren und weittragenden Bedeutung dieser Befunde und Ueberlegungen für die theoretische Wissenschaft und die praktische Medizin ist es wohl verständlich, dass sich in kürzester Zeit eine Fülle von Autoren dieses neuen Arbeitsfeldes bemächtigte, und in den 1½ Jahren bis zum Ausbruch des Krieges waren sämtliche Zeitschriften überschwemmt von einer Flut von Arbeiten auf diesem Gebiet.

Es lag in den Ergebnissen Fauser's, in seinen Rückblicken und Ausblicken, wie er es nannte, etwas ausserordentlich Bestechendes, und nur wenige, die sich damals mit der neuen Methode befasst haben, werden sich dem enormen Einfluss und der suggestiven Wirkung der Fauser'schen Ideen ganz haben entziehen können; schien sich uns doch eine Möglichkeit aufzutun, in das Dunkel der Aetiologie der Psychosen einzudringen. So kam es, dass mancher Forscher die immer noch mit Vorsicht und Reserve von Fauser aufgestellten Leitsätze als vollendete Tatsachen nahm, und dass bei Berücksichtigung der ausserordentlich diffizilen Methodik — und Abderhalden hat selbst immer wieder betont, wieviel von der peinlichen Durchführung der Reaktionen abhängt — an der Spitze der Ergebnisse einer Arbeit der Satz stehen konnte: „Paradoxe Reaktionen sind Ausfluss von Versuchsfehlern“. Als 2. Satz wurde vom Autor dieser Arbeit, Wilhelm Mayer, die Behauptung aufgestellt: „Das Serum von Dementia praecox-Kranken enthält immer Abwehrfermente gegen Geschlechtsdrüsen; es enthält meist Fermente gegen Hirnrinde und Thyreoidea“, und 3.: „in der Gruppe der funktionellen Psychosen ist kein Abwehrferment im Blut gefunden worden“.

Diese Resultate blieben allerdings nicht lange unwidersprochen. Ich will hier gleich hinzufügen, dass Mayer seinen Standpunkt sehr bald änderte, er veröffentlichte bald darauf eine neue Statistik, in der von einem negativen Ausfall der Reaktion in 23 pCt. der Dementia praecox-Kranken berichtet wurde, blieb allerdings die Begründung der Aenderung seiner Ergebnisse schuldig.

Am schärfsten hat wohl Plaut gegen die Ergebnisse der Abderhalden'schen Untersuchungsmethodik Front gemacht, indem er den Abderhalden'schen Abwehrfermenten jegliche Spezifität absprach. Berechtigt glaubte er sich dazu dadurch, dass Untersuchungen von Seren, die er an Fauser und an den früheren Abderhalden'schen Assistenten und einen seiner eifrigsten Anhänger, Lampé, einsandte, einen wesentlichen Unterschied zwischen Dementia praecox einerseits und dem manisch-depressiven Irresein, Hysterie und Psychopathie anderseits, nicht erkennen liessen. Auch von experimenteller Seite her griff er die Methode an, indem er nachzuweisen suchte, dass durch physikalische Einwirkung seitens anorganischer Substanzen, wie Kaolin, Bariumsulfat usw., auf Blutserum auch positive Ninhydrinreaktion erzeugt werden kann. Die Rolle der anorganischen Substanz sollte im Abderhaldenversuch dem Organsubstrat zufallen, und also auf rein physikalischem Wege ein — natürlich unspezifischer — Abbau vorgetäuscht werden. Die günstigen Resultate der anderen Autoren glaubte Plaut lediglich auf Suggestivwirkung zurückführen zu müssen, ist damit aber zweifellos über das Ziel hinaus gegangen.

Es würde viel zu weit führen, wollte ich heute auf die Frage der Spezifität der Abwehrfermente an sich eingehen. Für mich existiert eine solche mit Bestimmtheit in weitgehendem Masse, und die grosse Mehrzahl der Autoren, die sich des weiteren mit dem Studium der Abwehrfermente befasst haben, hat eine solche anerkannt.

Damit rückte die Frage immer mehr in den Vordergrund, ob es gelingen würde, tatsächlich die Dementia praecox-Gruppe scharf von der Gruppe der funktionellen Psychosen zu trennen. In diesem Punkte divergierten die Ansichten bei Kriegsausbruch noch ganz ausserordentlich. Auf der einen Seite Fauser, Mayer, Bundschuh und Römer, Maass u. a., die so gut wie nie Abbau bei den funktionellen Psychosen und Psychopathien sahen, auf der anderen Seite Bowman, van Hasselt, Schwarz u. a., die ebenso oft bei diesen wie bei den Verblödungsprozessen positive Reaktionen erhalten haben wollten. Eine grosse Zahl Autoren hielt sich allerdings in der Mitte, es seien nur einige wenige wie Sioli, Runge, Rosental und Hilffert genannt, sie fanden zwar

auch bei Manisch-depressiven und Hysterikern nicht ganz selten Abbau, jedoch bei weitem nicht so häufig wie bei Dementia praecox.

Kurz vor dem Kriege nahm nun die Friedrichsberger Anstalt, besonders Kafka und Rautenberg wieder die Frage auf, ob nicht die Abderhalden'sche Reaktion doch geeignet erscheine, in klinisch zweifelhaften Fällen bei gerichtlicher Begutachtung den Ausschlag zu geben, und sie beantworteten die Frage in bejahendem Sinne¹⁾. Wie der vorjährige Norddeutsche Psychiartag zeigte, konnten sie über günstige Erfolge berichten; die betreffenden Kliniker äusserten sich dahin, dass ihnen das Ergebnis der serologischen Untersuchungen stets eine angenehme Unterstützung gewesen sei bei Beurteilung schwer zu rubrizierender forensischer Fälle. Um Missverständnisse zu vermeiden, möchte ich hier betonen, dass die Friedrichsberger Anstalt sich damals keineswegs auf den Standpunkt stellte, den Niescytka vor dem Kriege noch dahin präziserte, dass die serologische Diagnose an Wert die klinische überwiege. Dies hat die Debatte auf dem vorjährigen Norddeutschen Psychiartag einwandfrei ergeben; sie zeigte allerdings gleichzeitig auch, dass die Mehrzahl der Untersucher sich mit Entschiedenheit ablehnend verhielt gegenüber der in Hamburg geübten praktischen Verwertbarkeit der Abderhalden'schen Methode in gerichtlichem Betriebe. Ich werde zu dieser Frage noch später Stellung nehmen.

Wenn ich jetzt dazu übergehe, über meine Befunde bei endogenen Defektpsychosen zu berichten, so lege ich die nach Kraepelin übliche Einteilung zugrunde, unterscheide also zwischen Katatonie, Hebephrenie, Schizophrenie (Schizophasie) und paranoider Demenz.

Untersucht wurden im ganzen 41 verschiedene Praecoce, von diesen eine grössere Zahl zu wiederholten Malen, so dass sich die Zahl der angestellten Reaktionen auf 86 beläuft. Inzwischen ist sie auf weit über 100 Reaktionen angestiegen, ohne dass deshalb eine Aenderung in den gleich mitzuteilenden Resultaten dadurch eingetreten wäre.

Lege ich die Zahl der Personen zugrunde, so hatte ich unter 41 Fällen 8, die dauernd ganz negativ waren, also

80,5 pCt. positiv, 19,5 pCt. negativ.

1) Im Privatgespräch erklärte mir Kafka, er persönlich trete keineswegs so für die Verwertung der Abderhaldenreaktion im forensischen Betriebe ein, es werde nur der Dialyserversuch immer wieder von Seite der Kliniker von ihm erbeten.

Lege ich die Zahl der überhaupt angestellten Untersuchungen zugrunde, so fanden sich unter 86 Reaktionen 19 negative, also

77,9 pCt. positiv, 22,1 pCt. negativ.

Halte ich diese Zahlen mit denen anderer Autoren zusammen — ich wähle absichtlich zwei Autoren aus den verschiedenen Lagern — so ergibt sich eine verhältnismässig recht gute Uebereinstimmung:

W. Mayer (2. Veröffentlichung)	77 pCt. positiv,	23 pCt. negativ
Rosental und Hilffert	69 „ „	31 „ „

Bezüglich der Verteilung auf die einzelnen Gruppen der Dementia praecox verhalten sich meine Zahlen in folgender Weise:

von 18 Katatonien	14 positiv	4 negativ
„ 8 Hebephrenien	7 „	1 „
„ 3 Schizophrenien	1 „	2 „
„ 12 Paranoiden	8 „	4 „

Danach hat es den Anschein, dass besonders Katatonie und Hebephrenie zu Organabbau neigen, während die Schizophrenie und paranoiden Formen verhältnismässig oft ganz negative Resultate ergeben. Allerdings sind die Zahlen noch viel zu gering, um irgend welche bindenden Schlüsse zuzulassen.

Zur Erklärung der negativen Reaktionen suchte man nun besonders die alten stationären Fälle heranzuziehen. Eine grössere Anzahl derselben führte auch tatsächlich bei meinen Untersuchungen zu negativen Resultaten, aber es wurden auch hier zwischendurch Fälle mit positiven Reaktionen beobachtet. Auch nahm man an, dass ganz frische Fälle, bei denen es noch nicht zu erheblicheren Defekten gekommen war, eine Anzahl der negativen Resultate erklären könnte. In dieser Hinsicht waren mir zwei meiner Beobachtungen interessant: Der eine blieb im Verlauf mehrerer Untersuchungen völlig negativ, obwohl es sich um einen ganz akut einsetzenden schweren Stupor handelte, der nach Abklingen klinisch einen schweren Defekt bot, der andere, der ebenfalls ausserordentlich schnell zu schweren Ausfallserscheinungen führte, ergab im Verlaufe mehrerer Untersuchungen nur einmal einen geringen Abbau von Hoden und Schilddrüse. Nach kurzer Entlassung wurde er in einem neuen Erregungszustand vor wenig Wochen hier eingeliefert, diesmal zeigte er einen Abbau von Gehirn, Hoden und Schilddrüse. Es lässt sich demnach zum wenigsten generell nicht behaupten, dass die negativen Reaktionen aus frischen noch nicht verblödeten Erkrankungen oder aus den alten stationären Fällen sich rekrutieren.

Analysiere ich meine Zahlen, die ich für Dementia procox-Kranke fand, mit Hinblick auf die Art der einzelnen abgebauten Organe, weiter, so ergab sich unter den 67 positiven Dementia praecox-Reaktionen.

Gehirnabbau	in 44 Fällen	= 65,7 pCt.
Genitalabbau	„ 49 „	= 73,1 „
Schilddrüsenabbau	„ 48 „	= 71,3 „
Leberabbau	„ 13 „	= 19,4 „

Diese Zahlen stimmen wieder, besonders was den Abbau von Gehirn- und Genitalorgan anbelangt, recht gut überein mit den Zahlen anderer Autoren. Niescytka hat es vor dem Kriege in dankenswerter Weise unternommen, die Zahlen einer grossen Anzahl von Autoren zusammenzustellen und Durchschnittswerte zu berechnen. Vergleiche ich meine Zahlen mit diesen Durchschnittswerten, so ergab sich folgendes:

Gehirnabbau	in 70,9 pCt.	gegenüber 65,7 pCt. bei mir
Genitalabbau	„ 82,4 „	„ 73,1 „ „ „
Schilddrüsenabbau	„ 38,2 „	„ 71,3 „ „ „
Leberabbau	„ 11,3 „	„ 19,4 „ „ „

Woher die verhältnismässig hohen Zahlen an Schilddrüsenreaktionen bei mir kommen gegenüber dem Durchschnitt, kann ich nicht sagen. Mayer fand bei Untersuchung akuter Fälle sogar in 75 pCt. Schilddrüsenabbau. Die Zahlen der übrigen Untersucher bewegen sich dagegen im allgemeinen im Rahmen zwischen 30 und 40 pCt. Dass der Kombination Gehirn-Genitale eine besondere Bedeutung zukommt, wurde von jeher betont. Ich fand die Kombination in 51 pCt., Kafka 1914 in 44 pCt; eine erhebliche Bedeutung scheint mir auch der Trias Gehirn-Genitale-Schilddrüse in der pathologischen Physiologie der Dementia praecox zuzukommen. Ich fand dieselbe 27 mal, also in 40 pCt. aller positiven Reaktionen vertreten. Kafka fand sie nur in 16 pCt., was dem von mir oben schon erwähnten häufigeren Schilddrüsenabbau in meinen Reaktionen entspricht.

Eine weitere Frage, die schon mehrfach aufgeworfen, aber verhältnismässig wenig systematisch behandelt worden ist, ist die, wie es sich mit dem Vorhandensein von Abwehrfermenten im Verlauf des Verblödungsprozesses verhält. Es war ja naheliegend, daran zu denken, dass in akuten Erregungszuständen, vielleicht auch im schweren Stupor, sich Fermente in besonderer Menge im Blute vorfinden, dieselben aber zu Zeiten von Remissionen zurücktreten oder auch ganz verschwinden könnten. Meine Untersuchungen in dieser Richtung, die sich allerdings erst über ein knappes halbes Jahr erstrecken, mag folgende Tabelle wiedergeben.

Tabelle I.
Serien-Untersuchungen bei Katatonie.

1. Han.	25. 2. 18.	3. 3.	11. 3.	5. 4.	12. 6.	8. 7.
	a. ¹⁾ i.a.	a. i.a.	a.	a. i.a.	a. i.a.	a. i.a.
1,5 Serum allein	— —	— —	—	— —	— —	— —
1,5 " + Gehirn	+	((+))	(+)	++	— —	— —
1,5 " + Hoden	+	(+)	(+)	(+)	— —	+
1,5 " + Schilddrüse	+	((+))	((+))	+	— —	— —
1,5 " + Leber	— —	○ ○	((+))	— —	— —	○ ○
1,5 " + Nebenniere	○ ○	((+)) ((+))	(+)	○ ○	○ ○	○ ○

Klinische Bemerkungen. 25. 2.: Kurz nach schwerer katatoner Erregung. 3. 3.: Fortschreitende Besserung. Bewegungsarm bis zum Stupor. 11. 3.: Etwas freier, geht spazieren. 5. 4.: Liegt noch gern zu Bett, sonst freier. Viel Sensationen. 12. 6.: Zustand unverändert. Dauernd Klagen über „Ungeziefer“ (Sensationen). 8. 7.: Dauernd ruhig. Kommt zur Entlassung. Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund angedeutet.

2. Vo.	25. 1. 1918.	8. 2.	21. 2.	5. 3.	6. 4.	26. 6.	10. 7.
	a.	a.	a. i.a.	a.	a.	a.	a. i.a.
1,5 Serum allein	—	—	—	—	—	—	— —
1,5 " + Gehirn	(+)	+	(+)	—	+	((+))	(+) —
1,5 " + Hoden	++	(+)	+	((+))	—	((+))	(+) —
1,5 " + Schilddrüse	+	((+))	++	((+))	(+)	((+))	— —
1,5 " + Leber	○	○	○	○	—	—	((+)) —
1,5 " + Nebenniere	○	○	○	—	○	○	○ ○

Klinische Bemerkungen. 25. 1.: Kurz nach heftiger katatoner Erregung. Stereotypieen, Manieren, Katalepsie, Mutazismus. 8. 2.: Etwas freier, aber dauernd kataleptisch und mutazistisch. Steht auf. 21. 2.: Zustand unverändert. Katalepsie, Mutazismus, nur selten unterbrochen von unverständlichem Gemurmel. Manieren. 5. 3.: Zustand vollkommen unverändert. 6. 4.: Zustand vollkommen unverändert. 26. 6.: Status idem. 10. 7.: Status idem. Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund nicht nachweisbar.

3. Har.	7. 1. 18.	26. 2.	6. 6.	7. 6.	2. 7.
	a.	a.	a.	a.	a. i.a.
1,5 Serum allein	—	—	—	—	— —
1,5 " + Gehirn	(+)	+	?	((+))	— —
1,5 " + Hoden	++	—	—	?	— —
1,5 " + Schilddrüse	—	—	(+)	+	— —
1,5 " + Leber	○	(+)	(+)	+	○ ○
1,5 " + Nebenniere	—	(+)	○	○	○ ○

Klinische Bemerkungen. 7. 1. 18.: Alte Katatonie. Bewegungsarm, steht untätig umher. Stereotypieen. 26. 2.: Status idem. 6. 6.: Status idem. 7. 6.: Status idem. 2. 7.: Status idem. Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befunde nicht nachweisbar.

1) a. = aktives Serum; i. a. = inaktives Serum.

4. Sch.	18. 2.		20. 4.	17. 6.	2. 7.	
	a.	i. a.	a.	a.	a.	i. a.
1,5 Serum allein	—	—	—	—	—	—
1,5 „ + Gehirn	—	—	((+))	(+)	—	—
1,5 „ + Hoden	+	—	(+)	(+)	((+))	—
1,5 „ + Schilddrüse	+	—	((+))	(+)	(+)	—
1,5 „ + Leber	○	○	—	○	—	—

Klinische Bemerkungen. 18. 2.: Alte Katatonie, stumpf, bewegungsarm, einförmig. Manieren. Keine Katalepsie. 20. 4.: Status idem. 17. 6.: Status idem. 2. 7.: Status idem. Auch serologisch dauernd ziemlich gleichmässig.

5. Wi.	8. 2.	22. 2.	26. 6.	10. 7.	
	a.	a.	a.	a.	i. a.
1,5 Serum allein	—	—	—	—	—
1,5 „ + Gehirn	—	—	((+))	(+)	—
1,5 „ + Hoden	—	—	((+))	—	—
1,5 „ + Schilddrüse	—	+	((+))	—	—
1,5 „ + Leber	—	—	—	(+)	—
1,5 „ + Pankreas	((+))	○	○	○	○

Klinische Bemerkungen. 8. 2.: Leicht erregbar, Katatoniker. Krank seit 1½ Jahren. Andeutung von Katalepsie. Reizbar. Ausgesprochene Hypotonie. 22. 2.: Etwas ruhiger. Sonst Status idem. 26. 6.: Geht mit zur Arbeit, ruhiger. Reizbar. Hypotonie. Grimassieren. 10. 7.: Status idem. Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund nicht deutlich.

6. Via.	28. 2.		9. 3.	21. 4.	24. 6.	8. 7.	
	a.	i. a.	a.	a.	a.	a.	i. a.
1,5 Serum allein	—	—	—	—	—	—	—
1,5 „ + Gehirn	+	—	+	(+)	((+))	—	—
1,5 „ + Hoden	++	((+))	((+))	((+))	—	—	—
1,5 „ + Schilddrüse	++	—	—	((+))	++	—	—
1,5 „ + Leber	○	○	○	((+))	((+))	○	○

Klinische Bemerkungen. 28. 2.: Schwerer ängstlicher katatonischer Stupor. Bettflüchtig. Negativismus. Jammert unausgesetzt. Ängstlich verzerrtes Gesicht. Stereotypien. 9. 3.: Stuporös. Liegt dauernd unter der Decke. Weniger ängstlich. 21. 4.: Besserung. Erwacht allmählich aus dem Stupor. Leichte Katalepsie. Oft noch negativistisch. 24. 6.: Deutliche Besserung. Steht auf. Bewegungsarm. Noch ängstlich. Wenig Katalepsie, keine Stereotypien. 8. 7.: Ausserordentlich gebessert. Geht regelmässig zur Arbeit. Nunmehr leicht gehemmt. Deutlicher Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund.

Serien-Untersuchungen bei Hebephrenie.

1. St.	6. 2.	2. 6.	26. 6.	8. 7.
	a.	a.	a. i. a.	a.
1,5 Serum allein	—	—	—	—
1,5 „ + Gehirn	+	((+))	—	—
1,5 „ + Hoden	—	(+)	((+))	((+))
1,5 „ + Schilddrüse	(+)	(+)	—	((+))
1,5 „ + Leber	—	—	○	—
1,5 „ + Nebenniere	—	○	○	○
1,5 „ + Pankreas	—	○	○	○

Klinische Bemerkungen. 6. 2. Alte, langsame progrediente Hebephrenie. Gemütlich verstumpft. Bewegungsarm. Steht oder sitzt untätig umher. 2. 6.: Status idem. 26. 6.: Status idem. 8. 7.: Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund nicht nachweisbar.

2. Me.	8. 2.	21. 2.	24. 6.	8. 7.
	a.	a.	a. i. a.	a.
1,5 Serum allein	—	—	—	—
1,5 „ + Gehirn	—	+	+	—
1,5 „ + Hoden	+	++	+	((+))
1,5 „ + Schilddrüse	—	+	+	((+))
1,5 „ + Leber	○	○	(+)	—

Klinische Bemerkungen. 8. 2.: Alte, langsam progrediente Hebephrenie. Gemütlich stumpf. Bewegungsarm. Fades Lächeln. Fast mutazistisch. Steht untätig umher. 21. 2.: Status idem. 24. 6.: Status idem. 8. 7.: Status idem. Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund nicht nachweisbar.

Serien-Untersuchung bei Schizophrenie (Schizophasie).

1. Lo.	28. 2.	9. 3.	25. 3.	14. 4.	25. 6.
	a.	a.	a. i. a.	a.	a.
1,5 Serum allein	—	—	—	—	—
1,5 „ + Gehirn	(+)	—	+	(+)	((+))
1,5 „ + Hoden	++	(+)	+	++	+
1,5 „ + Schilddrüse	—	—	+	(+)	(+)
1,5 „ + Leber	(+)	—	—	+	((+))
1,5 „ + Pankreas	—	○	○	○	○
1,5 „ + Nebenniere	—	○	○	○	○

Klinische Bemerkungen. 28. 2.: Stupor, liegt mutazistisch mit abgehobenem Kopf. Keine Katalepsie. Wenig Negativismus. 9. 3.: Status idem. 25. 3.: Erwacht aus dem Stupor. Spricht völlig inkohärente Sätze. Rededrang. Katatone Haltung. 14. 4.: Steht auf. Völlig inkohärent. Bewegungsarm. Steht untätig umher. Keine Initiative. 25. 6.: Status idem. Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund nicht nachweisbar.

2. Eg.	23. 8. 13.	9. 2. 18.	14. 3.	25. 6.	12. 7.
	a.	a.	a. i. a.	a. i. a.	a. i. a.
1,5 Serum allein	—	—	—	—	—
1,5 „ + Gehirn	—	—	(+)	—	+
1,5 „ + Hoden	—	—	((+))	—	—
1,5 „ + Schilddrüse	—	—	((+))	?	—
1,5 „ + Leber	○	○	—	—	—

Klinische Bemerkungen. 23. 8. 13.: Alte stationäre inkohärente Verblödung. Wortneubildungen und Gedankenverwicklungen. Bester Arbeiter. 9. 2. 18.: Status idem. 14. 3.: Status idem. 25. 4.: Status idem. Hat in vergangener Nacht stark optisch und akustisch halluziniert. 12. 7.: Wieder früherer Status. Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund nicht nachweisbar.

Serien-Untersuchung bei paranoider Form.

1. De.	24. 1.	27. 2.	4. 5.	24. 6.	11. 7.
	a.	a. i. a.	a. i. a.	a.	a. i. a.
1,5 Serum allein	—	—	—	—	—
1,5 „ + Gehirn	+	(+) ((+))	((+))	((+))	((+))
1,5 „ + Hoden	+	+	—	+	(+)
1,5 „ + Schilddrüse	—	(+) ((+))	(+)	((+))	+
1,5 „ + Leber	—	—	○	○	+

Klinische Bemerkungen. 24. 1.: 1 Jahr krank. Unsinnige Wahnbildung, Grössenideen. Bewegungsunruhe. Schreit oft plötzlich laut auf. Halluziniert. 27. 2.: Reaktionsfehler. 4. 5.: Ausgesprochen unsinniges, verworrenes Wahngebäude. Keine Halluzinationen. In der Persönlichkeit sonst gut erhalten. Drängt sehr fort. 24. 6.: Deutliche Besserung. Zurücktreten der Wahnideen, ruhiger, halluziniert angeblich nicht mehr. 11. 7.: Anhaltende Besserung. Gemütlich sehr stumpf. Drängt wenig fort. Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund nicht nachweisbar.

2. Wa.	5. 6.	26. 4.	11. 7.
	a.	a. i. a.	a. i. a.
1,5 Serum allein	—	—	—
1,5 „ + Gehirn	—	+	—
1,5 „ + Hoden	—	—	—
1,5 „ + Schilddrüse	—	+	—
1,5 „ + Leber	○	○	○

Klinische Bemerkungen. 5. 6.: Alte, phantastische Wahnbildung. Stationär. Tageweise erregt. Mitunter stereotype Bewegungen. Sensationen. Persönlichkeit erhalten. 26. 4.: Status idem. 11. 7.: Status idem. Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund nicht nachweisbar.

Ich weiss sehr wohl, dass die Zahl der hier angeführten Beobachtungen nicht sehr gross, dass ein lebhafter Wechsel zwischen Erregung und Stupor hier nicht beobachtet wurde, das eine kann man aber m. E. doch aus der Tabelle entnehmen, dass auch ohne irgend einen erkennbaren Wechsel im klinischen Bild die Abwehrfermente im Blute plötzlich schwinden oder auch plötzlich wieder auftreten können. Ein Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befunde wurde nach meinen Beobachtungen in den meisten Fällen nicht deutlich.

Kurz zusammenfassend lässt sich nach meinen Untersuchungen also sagen: dass bei Dementia praecox sich in einem sehr hohen Prozentsatz, etwa 80 pCt. der Fälle, ein Organabbau nachweisen lässt. Die Gruppierung, Gehirn + Genitalorgan, ist dabei bevorzugt (in 51 pCt. der positiven Reaktionen), und auch der Trias Gehirn-Genitale-Schilddrüse kommt eine wesentliche Bedeutung zu (40 pCt. aller positiven Reaktionen). Katatonie und Hebephrenie scheinen sich am lebhaftesten am Organabbau zu beteiligen. Ein Parallelismus zwischen Fermentgehalt des Blutes und klinischem Verlauf während der Beobachtung über längere Zeit wurde nicht deutlich.

Wenn wir jetzt der Frage der praktischen Verwertbarkeit zwecks differentialdiagnostischer Schlüsse mit besonderer Berücksichtigung der forensischen Psychiatrie näher treten wollen, so müssen wir uns auseinander setzen in Sonderheit mit der Gruppe der Hysterischen und Psychopathen, und auf der anderen Seite mit dem manisch-depressiven Irresein.

Ich kann mich hier nicht in Erörterungen der verschiedenen Ergebnisse bei diesen funktionellen Psychosen nach den verschiedenen Autoren einlassen, auch hier geht die Kette von denen, die niemals Abbau fanden, kontinuierlich hinüber zu denen, die einen solchen genau so oft fanden, wie bei der Dementia praecox. Die Mehrzahl der Autoren ist allerdings der Ansicht, dass den funktionellen Psychosen eine geringere Neigung zum Abbau zukomme als der Dementia praecox.

Ich kann mich auch auf methodologische Fragen im einzelnen nicht einlassen, nur ein Wort sei mir gestattet zur Frage der Beurteilung der Reaktion, vielleicht dürfte dies einige Aufklärung bringen über meine etwas abweichenden Befunde, wenn sie auch trotzdem in weitem Umfang in ihrer Besonderheit gewahrt bleiben werden.

Es wird von vielen Untersuchern so grosser Wert darauf gelegt, dass die Kontrollprobe „Serum allein“ vollkommen negativ ausfällt; darauf lege ich keinen Wert, im Gegenteil, ich liebe es, wenn diese Kontrollprobe allein schon eine ganz schwach positive Reaktion gibt, und zwar aus folgendem Grunde:

Wir wissen, dass das Serum allein schon Substanzen enthält, die dialysabel sind und mit Ninhydrin, sobald sie in genügender Menge vorhanden sind, eine positive Reaktion geben. Setzen wir die Menge der zur fraglichen Reaktion notwendigen Stoffe bei Verwendung von 1,5 ccm Serum = 75, so werden wir bei Verwendung von nur 1 ccm Serum eine Menge von 50 ins Dialysat bekommen, mithin eine vollkommen negative Reaktion. Nehmen wir nun an, dass der Abbau irgend eines Organes zu 10, der eines anderen zu einer Menge von 20 an dialysablen Stoffen führt, so addieren sich diese Zahlen zu den im Serum allein vorhandenen Mengen. Wir werden also bei 1,5 ccm Serum bei dem 1. Organ einen Abbau finden, der vielleicht mit (+) zu bezeichnen wäre, bei dem 2. Organ vielleicht einen solchen, der mit + zu bezeichnen wäre, also zwei positive Reaktionen; denn in dem einen Fall fand sich eine Menge von 85, bei dem anderen von 95 an Ninhydrin-positiven Stoffen im Dialysat, also bedeutend mehr als die zum Grenzwert erforderlichen 75. Anders bei Verwendung von nur 1 ccm. Da ergibt die Addition zu den 50 im Serum vorhandenen dialysablen Stoffen das erstemal 60, das zweitemal 70. Wir haben eine vollkommen negative Reaktion, obwohl ein Abbau tatsächlich stattgefunden.

Rosental und Hilffert heben hervor, dass die grosse Zahl der fraglichen Reaktionen sehr unbequem sei, und erblicken in dem Fehlen scharfer absoluter Reaktionsgrenzen einen methodischen Mangel des Dialysierverfahrens.

Ist aber die Reaktion Serum allein schon schwach positiv, so kommen die sogenannten fraglichen Reaktionen so gut wie ganz in Wegfall. Es handelt sich nur darum, festzustellen, ob die Reaktion Serum + Organ eine intensivere Blaufärbung ergibt, als Serum allein, und dies stösst auf keine grösseren Schwierigkeiten¹⁾. Gleichzeitig haben wir die absolute Gewissheit, dass ein Organabbau nicht in der oben geschilderten Weise latent geblieben ist. Und wir müssen jeden Abbau als positive Fermentwirkung anerkennen und als Abbau bewerten (nicht nur starke Intensitätsunterschiede), sonst begeben wir uns jeglicher Möglichkeit Vergleichswerte zu erhalten, willkürlicher Beurteilung ist Tür und Tor geöffnet. Die Abderhalden'sche Reaktion ist eine qualitative Reaktion und keine quantitative, das möchte ich gegenüber einer neuen Arbeit von Lindstedt an dieser Stelle hervorheben.

1) Bei Eichung der Hülsen auf gleichmässige Durchlässigkeit für Peptone geschieht die Hülsengruppierung ja auch nach Intensität der Blaufärbung. Der Einwand, dass es misslicher sei, zwei blaue Reaktionen miteinander zu vergleichen, als eine negative von einer schwach positiven zu unterscheiden, ist also nicht stichhaltig.

Unter Zugrundelegung dieser Methodik kam ich bei Psychopathen und Hysterikern zu folgendem Ergebnis:

50 Untersuchungen an Psychopathen und Hysterikern ergaben in 25 Fällen also in 50 pCt., Abbau von irgend einem Organ, gegenüber nahezu 80 pCt. bei Dementia praecox.

Unter den 50 pCt. positiver Reaktionen fanden sich:

Gehirnabbau	in 72 pCt. gegenüber 66 pCt. bei Dementia praecox
Genitalabbau	" 72 " " 73 " " " "
Schilddrüsenabbau	" 76 " " 71 " " " "
Leberabbau	" 36 " " 19 " " " "

Die Trias Gehirn-Genitale-Schilddrüse wurde bei Psychopathen in 36 pCt. aller positiven Reaktionen gefunden gegenüber 40 pCt. bei Dementia praecox, gleichzeitiger Abbau von Genitale und Gehirn in 50 pCt. gegenüber 51 pCt. bei Dementia praecox. Ein wesentlicher Unterschied fand sich in der Organgruppierung zwischen Dementia praecox und Hystero-Psychopathen also nicht, dagegen fanden sich bei Hysterikern und Psychopathen wesentlich seltener überhaupt positive Reaktionen, nämlich nur in 50 pCt. gegenüber 80 pCt. bei Dementia praecox.

Und nun noch meine Zahlen über das manisch-depressive Irresein: auch hier weiche ich nicht unerheblich von den Zahlen anderer Autoren ab. Ich fand nämlich, Manien, Melancholien und Mischzustände zusammen genommen, Abbau irgend eines Organes in nicht weniger als 63,6 pCt.

Aber eines ist nun meines Erachtens recht wichtig, unter den 13 positiven Reaktionen fand sich

Gehirnabbau nur	in 38 pCt. gegenüber 66 pCt. bei Dementia praecox
Genitalabbau nur	" 46 " " 73 " " " "
dagegen	
Schilddrüsenabbau	" 77 " " 71 " " " "
Leberabbau	" 31 " " 19 " " " "

Verhältnismässig oft fand sich bei den Manien isolierter Schilddrüsenabbau, während sich die positiven Leberreaktionen fast nur bei Melancholie fanden. Wegener hat ja als erster hervorgehoben, dass bei Melancholien sich häufig Leberabbau finde, ich will dies hier nur der Vollständigkeit halber anführen, ohne weiter mich auf eine Kritik seiner Beobachtungen einzulassen.

Nach meinen Untersuchungen erscheint es also wohl bis zu gewissem Grade möglich, eine Dementia praecox serologisch vom manisch-de-

pressiven Irresein mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu trennen, insofern, als sich verhältnismässig selten Gehirnabbau bei manisch-depressiver Erkrankung findet, häufig dagegen isolierter Schilddrüsenabbau. Die Trias Gehirn-Genitale-Schilddrüse scheint ferner ausserordentlich selten bei dieser Erkrankung aufzutreten. Davon, dass man die serologische Diagnose auch nur in dieser Frage über die klinische stellen könne, kann jedoch keine Rede sein. Ich sah z. B. gerade vor wenig Tagen bei einem klassischen Maniker einen Abbau von Gehirn und Hoden.

Tabellarisch zusammengestellt ergibt sich also aus meinen Untersuchungen Folgendes:

Tabelle II.

Abbau irgend eines Organes bei

Dementia praecox in	80 pCt.
Manisch-Depressiven in	60 „
Hysterischen und Psychopathen in	50 „

Tabelle III.

Unter den positiven Reaktionen finden sich bei

	Dementia praecox pCt.	Manisch- Depressiven pCt.	Hystero- Psychopathen pCt.
Gehirnabbau	66	38	72
Genitalabbau	73	46	72
Schilddrüsenabbau	71	77	76
Leberabbau	19	31	36
Gehirn- und Genitalabbau	51	15	56
Trias: Gehirn - Genital - Schilddrüsen- abbau	40	7	36

Was nun die Frage der forensischen Verwertbarkeit anlangt, die ja meistens die Differentialdiagnose, ob Psychopathie oder Dementia praecox, ob nur gemindert zurechnungsfähig oder geisteskrank, zu entscheiden hat, da haben meine Resultate wohl schon für sich gesprochen. Der Unterschied zwischen 50 pCt. positiven Reaktionen bei Psychopathen und 80 pCt. positiven Reaktionen bei Dementia praecox ist denn doch ein zu geringer, um verwertet werden zu können. Trotzdem spreche ich der Reaktion auch in dieser Frage einen gewissen Wert nicht ab. Eine negative Reaktion darf man doch recht erheblich auf der Seite der Psychopathie buchen, eine positive Reaktion dagegen kann niemals entscheiden, ob Psychopathie oder Geisteskrankheit vorliegt. Ich kann mir denken, dass in einem Fall, wo die Reaktion negativ ausfällt, der Kliniker eine willkommene Bestätigung für seine schon vorher gefasste Meinung, dass es sich nicht um Geistes-

krankheit handelt, finden wird. Weiter darf man meiner Ueberzeugung nach aber nicht gehen. Ich habe gerade zwei Fälle im Auge, die uns von vornherein klinisch nicht ganz klar erschienen. In dem einen Fall handelt es sich um eine Art Dämmerzustand, bei dem die organische Grundlage anfangs nicht ohne weiteres auszuschliessen war, von dem sich später aber herausstellte, dass er im Anschluss an ein Delikt im Arrest entstanden war, und der weitere Verlauf bewies dann auch die zweifellos psychogene Natur der Erkrankung. Die Reaktion fiel während des Dämmerzustandes sehr stark positiv aus mit Gehirn, stark mit Hoden; kurz nach Ablauf des Dämmerzustandes war sie noch immer stark positiv mit Gehirn, schwächer mit Hoden, und weitere 8 Tage später waren Gehirn und Hoden negativ, Schilddrüse aber andeutungsweise positiv. In einem 2. Falle handelte es sich um eine Haftpsychose, die unter dem Bild eines schweren Stupors, der anfangs die Diagnose Katatonie wahrscheinlich machte, verlief. Die Verbringung aus der Haft brachte den Stupor jedoch fast sofort zum Schwinden, und auch weiterhin bot der Kranke nichts, was die Diagnose eines Verblödungsprozesses hätte stützen können. Die Reaktion ergab zweimal starken Hirn- und Hodenabbau, das 1. Mal auch solchen von Schilddrüse und spurweise von Leber. Wir haben natürlich den Verbrecher trotzdem wieder in das Zuchthaus zurückbringen lassen.

Für die praktische Verwertbarkeit der Abderhalden'schen Reaktion in der forensischen Psychiatrie ist meines Erachtens die Zeit noch nicht gekommen.

Auf der anderen Seite aber möchte ich noch einmal betonen, dass für mich kein Zweifel besteht, dass wir es tatsächlich mit echter, spezifischer Fermentwirkung beim Studium der Abderhalden'schen Reaktion zu tun haben. Abderhalden hat selbst einmal ausgesprochen: wie weit sich seine Reaktion als praktisch verwertbar erweisen würde, stehe ausserhalb seines Machtbereiches und seiner Interessen, das zu begründen, sei Sache des Klinikers; ihm liege nur daran, festgestellt zu haben, dass spezifische auf Organe eingestellte Fermente im Blute auftreten. Das bleibt auch sein grösstes Verdienst.

Dass für mich als suggestives Moment, von dem ja immer so gern bei dieser Reaktion gesprochen wird, nur der Wunsch in Betracht kommen konnte, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Abderhalden den Beweis der praktischen Verwertbarkeit seiner Reaktion auch in der forensischen Psychiatrie zu erbringen, wird mir gewiss jeder zubilligen. Ich bedauere, dass ich das bislang nicht gekonnt.

Allerdings muss ich gestehen, es ist mir gar nicht so wunderbar, dass auch bei Psychopathen und Hysterikern häufig allerhand Organabbau auftritt; denn auf endokrine Störungen müssen wir letzten Endes doch auch die reaktive Affektlabilität des Hysterikers, die Reizbarkeit des Psychopathen zurückführen; und wie enge Beziehungen bestehen anerkanntermassen zwischen echten endokrinen Erkrankungen, wie z. B. dem Basedow und zwischen Hysterie. Für erstere Erkrankung hat man ja sogar eine typische Abbaugruppierung, und wohl mit Recht, angeführt. Störungen im einzelnen Organ rütteln eben immer am ganzen System. Meines Erachtens beweisen uns die Abderhalden'schen Untersuchungen im Reagenzglas-Versuch objektiv gerade das, was wir klinisch bereits so oft erkannten, nämlich das enge Ineinandergreifen und Zusammenarbeiten ganzer Organsysteme. Das Schwanken im Ausfall von Reaktionen bei Untersuchung über längere Zeit hat für mich aus diesem Grunde nichts Verwunderliches. Die Abderhalden'schen Untersuchungen lehren uns hineinsehen in einen äusserst kompliziert arbeitenden Mechanismus. Wir können einstweilen noch nicht sagen, dass wir die Gesetze des Mechanismus durchschaut haben. Ob es der Abderhalden'schen Methode, ob einer anderen Untersuchungstechnik vorbehalten ist, uns tiefer hinein zu führen in diese Kenntnisse, bleibe dahingestellt.

Es war mir interessant, meine früheren Untersuchungen an Geisteskranken aus dem Abderhalden'schen Institut — sie beschränken sich allerdings auf ganze 17 Fälle — mit meinen jetzigen Resultaten zu vergleichen. Sie scheinen mir nicht different von meinen heutigen Ergebnissen. Auch damals oft kombinierter Abbau eines ganzen Systems, auch bei zweifellos nicht organischen Psychosen.

Wenn ich damals über recht zufriedenstellende Untersuchungen bezüglich der Graviditäts- und Karzinomdiagnose berichtete, so steht dies meines Erachtens auch nicht im Widerspruch mit meinen heute mitgeteilten Befunden; denn nicht jeder Mensch trägt eine Plazenta mit sich herum oder ein Karzinom. Normalerweise finden sich die auf diese Organe eingestellten Fermente natürlich nicht. Aber jeder Mensch hat ein Gehirn, ein Genitalorgan, eine Schilddrüse, hat ein sehr labiles endokrines Organsystem, und daher werden wir viel leichter bei Ansetzen derartiger Organe auf positive Reaktionen stossen bei Menschen, die klinisch gar nicht erheblich von dem Normalen abzuweichen brauchen, da die geringen Abnormitäten keine für ihn selbst oder sozial auffallende Erscheinungen verursachen. Das drückt den Wert der Reaktion beim Ansetzen derartiger Organe naturgemäss erheblich herab. Für Graviditäts- und Karzinomdiagnosen wird der praktische Wert der

Abderhalden'schen Reaktion nach wie vor von mir anerkannt, das wird durch die Ergebnisse meiner psychiatrischen Beobachtungen nicht berührt.

Ich will zum Schluss eine Anzahl meiner Versuchsprotokolle mitteilen. Dabei komme ich noch ganz kurz auf die Erörterung einiger technischer Fragen. Die Dialyserversuche wurden stets unter möglichst absoluter Wahrung der Sterilität angesetzt, auch wurde nur mit frisch destilliertem Wasser gearbeitet. Um Vergleichswerte zu haben, wurde die Dialysierdauer von 16 Stunden stets genau innegehalten. Das Serum wurde fast stets nüchtern entnommen. Seren zur Zeit der Verdauung sind nicht verwertbar, da sie leicht allgemein proteolytische Fermente enthalten können. Die Hülsen wurden ungefähr alle 14 Tage auf Eiweissundurchlässigkeit und auf gleichmässige Durchlässigkeit für dialysable ninhydrinpositive Substanzen geprüft. Dabei zeigte sich, dass eine Eiweissdurchlässigkeit nur in sehr seltenen Fällen auftrat, dagegen schwankte die Permeabilität der Hülsen stärker, so dass eine Umgruppierung der Hülsen öfter stattfinden musste. Dies war auch der Anlass, dass ganz minimale Schwankungen, also die seltenen Reaktionen, die mit ? zu bezeichnen waren, stets den negativen Reaktionen zugerechnet wurden.

Den schwierigsten Punkt bildeten, wie ich schon in einer früheren Arbeit betonte, und wie auch von Abderhalden und Lampé bereits hervorgehoben wurde, die Organsubstrate. Ich wandte zur Organprüfung, wie schon bei meinen Untersuchungen am Abderhalden'schen Institut, folgende Methodik an: Gleichzeitig mit den Versuchen wurde auch ein Teil von den bei schärfster Prüfung negativ gefundenen Organen in Reagenzgläsern mit destilliertem Wasser angesetzt und 16stündiger Bebrütung unterzogen. Darauf wurde das Bebrütungswasser abfiltriert, das Organ noch einmal mit etwa 10 ccm destillierten Wassers versetzt und auf etwa 1—2 ccm eingekocht. Dies Kochwasser wurde sodann zum Bebrütungswasser hinzufiltriert, mit 1 ccm Ninhydrinlösung versetzt und abermals auf 1—2 ccm eingekocht. Es durfte nicht die geringste Spur von Blaufärbung auftreten.

Ferner wurde nach Möglichkeit wenigstens eines der Seren, die an ein und demselben Tage angesetzt wurden, inaktiviert, und das inaktive Serum in der gleichen Weise angesetzt, wie das aktive. Es durfte dann keine Spur von Abbau eintreten, wenn der Versuch als einwandfrei gelten sollte. Schliesslich war ich bestrebt, stets am gleichen Tage neben Seren, bei denen Abbau erwartet wurde, solche anzusetzen, bei denen Abbau nicht zu erwarten war. Es konnte dabei natürlich einmal vorkommen, dass ich mich in der Annahme des voraussichtlichen Abbaus

oder Nichtabbauens täuschte, in fast allen Fällen fand sich aber wenigstens ein ganz negatives Serum an jedem Versuchstage, und waren ja einmal alle Versuche positiv, so konnte das inaktive Serum den Beweis der Intaktheit der Organe neben der schärfsten Organprüfung noch erbringen. Wichtig erschien mir das Ansetzen mit inaktivem Serum neben der schärfsten Organprüfung (Organbebrütungsmethode) aus dem Grunde, weil man noch denken könnte, dass vielleicht Serum eher als Aqua destillata imstande wäre, während der Bebrütungsdauer aus den an sich vorher einwandfrei präparierten Organen ninhydrinpositive Stoffe hervorzulocken. Ich halte dies nach meinen Untersuchungen allerdings für sehr unwahrscheinlich, die Organbebrütungsprüfung erschien mir zum wenigsten gerade so einwandfrei, wie die Kontrolle mit inaktivem Serum, ist ihr vielleicht sogar überlegen. Andererseits erscheint die Organkontrolle mit wahrscheinlich negativen Seren wiederum wertvoll, um dem Einwand zu begegnen, dass inaktives Serum hinsichtlich des nicht fermentativ hervorgerufenen Hervortretens von ninhydrinpositiven Stoffen anders auf die Organe wirke, als aktives Serum. Der Einwand, dass das eine Serum mehr, das andere weniger die Fähigkeit habe, auf nicht fermentativem Wege aus einwandfreien Organen ninhydrinpositive, dialysable Substanzen herauszuziehen, und dass auf diese Weise ein Abbau vorgetäuscht werden könne, bleibt natürlich bestehen. Ebenso der Einwand, dass vielleicht in der einen Hülse ein Substanzteilchen noch hätte Stoffe abgeben können, während ein anderes Teilchen in einer anderen Hülse eben absolut „ninhydrinfrei“ war. Wer sich an diese beiden Punkte klammern will, um der Methode damit Abbruch zu tun, der ist natürlich schwer zu widerlegen. Ihnen gegenüber sei nur bemerkt, dass der gleiche Ausfall bei Ansetzen von Doppelversuchen oder bei Wiederholung des Versuches am nächsten Tage sich doch damit ausserordentlich schwer vereinigen liesse.

Das Ablesen der Versuche erfolgte stets so, dass ich nur die nummerierten Röhrchen vor mir sah, ohne eine Ahnung zu haben, wie sie zu den angesetzten Seren gehörten. Das subjektive Moment war damit völlig ausgeschaltet.

Ich gebe die Protokolle wieder genau so, wie sie von meiner Laborantin unter meiner Leitung und nach meiner Anweisung in das Protokollbuch eingetragen wurden, stelle die Versuche von einem Tage immer in besonderer Rubrik zusammen, so dass die Zusammenstellung der Seren an den einzelnen Tagen gut übersehbar ist. Wo mir eine Bemerkung betreffs der Versuchsdeutung wünschenswert erschien, habe ich sie am Schlusse jeder Rubrik angeführt.

Die Protokolle sind folgende:

Nr. 1. 25. 6. 18.

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion	Bemerkungen
Mei., männl.	Hebephrenie. Chronisch verlaufend, noch nicht stationär. Einfach gemächlich verblödet.	Aktives Serum allein	— ¹⁾	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin. Schärfste Organproben, sämtlich neg
		do. + Gehirn	+	
		do. + Hoden	+	
		do. + Schilddr.	(+)	
		do. + Leber.	(+)	
		Inaktiv. Serum allein	—	
		do. + Gehirn	—	
		do. + Hoden	((+))	
		do. + Schilddr.	—	
		do. + Leber	—	
Vial., männl.	Katatonie. Stupor nach anfänglicher Erregung. Krank seit 1/2 Jahr. Katalepsie.	Aktives Serum allein	—	Im inakt. Versuch bei Mei. Hoden ((+)).
		do. + Gehirn	((+))	
		do. + Hoden	—	
		do. + Schilddr.	++	
Gus., männl. vergl. Nr. 2.	Normal.	do. + Leber	((+))	
		Aktives Serum allein	—	Im inakt. Versuch bei Mei. Hoden ((+)).
		do. + Gehirn	(+)	
		do. + Hoden	(+)	
Det. männl.	Paranoide Form der Dementia praecox mit verworrener, unsinniger Wahnbildung, ziemlich schnell fortschreitend, erst seit 1 1/2 Jahren bestehend.	do. + Schilddr.	—	
		Aktives Serum allein	—	Im inakt. Versuch bei Mei. Hoden ((+)).
		do. + Gehirn	((+))	
		do. + Hoden	+	
		do. + Schilddr.	((+))	

Der Versuch ist nicht ganz einwandfrei bezüglich der Hodenreaktionen, doch war es wahrscheinlich, dass kein Organfehler vorlag; denn die schärfste Organprüfung war negativ, und der Versuch Vial. ergab eine negative Hodenreaktion. Auffallend war auf der anderen Seite die positive Gehirn- und Hodenreaktion bei dem anscheinend normalen Serum Gus. Zur Klärung wurde dieses Serum daher sofort noch ein zweites Mal angesetzt. Die Reaktion findet sich in der Rubrik des folgenden Tages.

Die Reaktionen dieses Tages wurden als mit grosser Wahrscheinlichkeit einwandfrei bezeichnet.

Die positive Reaktion des Hodens im inaktiven Versuch ist vielleicht als Hülsenfehler, vielleicht durch nicht ganz gleichmässiges Kochen zu erklären. Auf letzteres wurde auch stets streng geachtet. Es kann aber natürlich einmal zu einem Zwischenfall kommen, wie jeder weiss, der die Methode selbst längere Zeit ausgeübt. Auch die gleichmässige Weite der Röhrchen darf bei der Beurteilung, selbst schon bei Ansetzen der Reaktion nicht vernachlässigt werden.

Nr. 2. 26. 6. 18.

Gus., männl. vergl. Nr. 1.	Normal.	Aktives Serum allein	—	Das gleiche Serum wie in Nr. 1. Nur 1,0 ccm Serum 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	((+))	
		do. + Hoden	((+))	
		do. + Schilddr.	—	

1) Die Wahl der Bezeichnungen ist folgende: ? = fragliche Reaktion (negativ gedeutet); ((+)) = sehr geringe Blaufärbung; (+) = deutliche Blaufärbung; + = starke Blaufärbung; ++ = stärkere Blaufärbung. Mit +++ zu bezeichnende Reaktionen kamen so gut wie nie zur Beobachtung.

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion	Bemerkungen
Egg., männl.	Schizophrenie. Stationärer Fall. Bester Arbeiter der Anstalt. Zeitw. Halluzinationen. Wort- neubildungen, Kontaminationen, Gedankenverquickungen.	Aktives Serum allein	—	Nur 1,0 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	—	
		do. + Hoden	—	
		do. + Schilddr.	?	
Tie., männl.	Manische Attacke im Verlauf eines manisch - depressiven Irreseins.	Aktives Serum allein	((+)) ¹⁾	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	++	
		do. + Hoden	++	
		do. + Schilddr.	((+))	
		do. + Leber	((+))	
		Inaktiv. Serum allein	((+))	
		do. + Gehirn	((+))	
		do. + Hoden	((+))	
Drae., weibl.	Schwere periodische Manie, aber nicht verworren. Enormer Rededrang und Bewegungs- unruhe, hochgradige Ideen- flucht.	Aktives Serum allein	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	—	
		do. + Ovar	—	
		do. + Schilddr.	+	
Skr., männl.	Kongenitaler Strabismus mit schwerem Nystagmus. Sonst normal.	Aktives Serum allein	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	+	
		do. + Hoden	—	
		do. + Schilddr.	—	
		do. + Leber	—	

Die Reaktion Gus. in Nr. 2 beweist zunächst die Richtigkeit der Reaktion Gus. in Nr. 1. Da sie mit nur 1,0 ccm Serum ausgeführt wurde, war der Abbau ein entsprechend geringerer. Die Richtigkeit des Schilddrüsenabbaues bei der Manie Drae. dürfte angesichts der übrigen vielfachen negativen Schilddrüsenreaktionen kaum anzuzweifeln sein. Das gleiche gilt von den positiven Gehirn- und Hodenreaktionen. — Der Versuch gilt als einwandfrei.

Nr. 3. 27. 6. 18.

Stu., männl.	Hebephrenie, langsam fort- schreitende, einfach gemü- tliche Verblödung mit seltenen tagweisen Verstimmungen.	Aktives Serum allein	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin. Hoden im Organ- bebrütungsversuch schwach +.
		do. + Gehirn	—	
		do. + Hoden	?	
		do. + Schilddr.	—	
		do. + Leber	—	
Wit., männl.	Katatonie, krank seit 1½ J., ziemlich rasch fortschreitend, Wechsel zwischen Stupor und mehr oder minder heftigen Erregungen. Starke Hypo- tonie, zeitw. erhchl. Katalepsie, z.Z. der Blutentnahme mässige Erregung u. starke Hypotonie.	Aktives Serum allein	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin. Hoden im Organ- bebrütungsversuch schwach +.
		do. + Gehirn	((+))	
		do. + Hoden	((+))	
		do. + Schilddr.	((+))	
		do. + Leber	?	

1) Bei Reaktionen, bei denen Serum allein nicht negativ war, ist das Ergebnis in die linke Spalte der Rubrik „Reaktion“ eingetragen. In der rechten Spalte findet sich das „auf 0 reduzierte“ Ergebnis.

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion	Bemerkungen
Was., männl.	Dementia paranoides, ziemlich stationär, Fülle von phantast. Wahnideen, sei Christus, schon 125 mal gekreuzigt usw. Dabei gute Erhaltung der Persönlichkeit, weiss, dass er dabei doch Schuhmacher Was. ist, gibt geordnete Auskunft. Vereinzelte Stereotypien.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	((+)) — ++ + ((+)) — ++ + ((+)) —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin. Hoden im Organ bebrütungsversuch schwach +.
Kum., männl.	Hysterie. Enuresis.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	(+) — — — + (+) + (+) (+) —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin. Hoden im Organ bebrütungsversuch schwach +.
Mal., weibl.	Schwere Melancholie, zahllose Selbstbeschuldigungen u. Versündigungsideen. Selbstmordneigung. Tiefe Traurigkeit, später auch Angst.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	— ((+)) — (+) —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.

Der Versuch ist wiederum betreffs des Hodens nicht einwandfrei. Zwar ist derselbe bei der Reaktion Was. negativ, die drei anderen positiven Reaktionen bleiben aber suspekt. Inaktivieren wurde aus Serummangel unterlassen. Die anderen Reaktionen müssen als einwandfrei gelten. Die negative Reaktion mit Gehirn in der linken Spalte bei Kum. bei positiver Reaktion von Serum allein erklärt sich durch Adsorption, wie alle weiteren gleichartigen Fälle im weiteren Verlaufe der Statistik in den folgenden Tagen Hülsenprüfung.

Nr. 4. 2. 7. 18.

Mun., weibl.	Leichte Melancholie mit Kleinheitswahn und Suicidideen.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber Inaktiv. Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	((+)) — (+) ((+)) ((+)) — ((+)) — (+) ((+)) (+) — (+) — — — — — — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Lok., weibl.	Normal.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	— — — — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Mel., weibl.	Katatonie, fast stationär. Katalepsie. Stereotypien. Sitzt den ganzen Tag zusammengekauert auf einer Bank. Blödes Lachen. Selten einen Tag erregt, schimpft dann, schlägt gelegentl. Weitgeh. verblödet.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	— — — — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.

Der Versuch ist einwandfrei und bedarf keiner Erläuterung.

Nr. 5. 3. 7. 18.

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion	Bemerkungen
Köh., weibl.	Schwere Angstmelancholie mit Beeinträchtigungsgedanken, bewegungsarm. Keine Halluzinationen. Ratlos.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	— — — — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Wag., männl.	Normal.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	((+)) — ((+)) — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Schü., männl.	Katatonie, nahezu stationär. Katalepsie zeitweise. Ausgesprochene Manieren. Aeusserste Bewegungsarmut. Stereotypen.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber Inaktiv. Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	((+)) — (+) (+) — — — — — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Har., männl.	Katatonie, nahezu stationär. Zusammengekrümmte Haltung, Neigung zu Katalepsie, Stereotypen. Selten impulsive Akte.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	((+)) — — — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.

Der Versuch ist einwandfrei, die Krankenzusammenstellung klar.

Nr. 6. 4. 7. 18 (Fehlversuch).

Sei., weibl.	Leichte endogene Depression mit Mangel an Initiative und Unzulänglichkeitsgefühlen.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	— ((+)) + + (+)	{ 1,5 ccm Serum, 0,2 ccm Ninhydrin. Im inaktiv. Versuch Lün. Gehirn ((+))
Car., weibl.	Paranoide Form der Dem. praecox m. unsinnig., verworrenen Wahnbild., auch Wortneubild. u. Kontamination. Zeitw. heftige Erreg. Nahezu station.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	— (+) + + +	{ 1,5 ccm Serum, 0,2 ccm Ninhydrin. Im inaktiv. Versuch Lün. Gehirn ((+))
Lün., männl.	Endogene Depression mit Insuffizienzgefühl und Arbeitsunlust, Selbstmordgedanken. Sehr weinerlich. Wassermann im Blut und Liquor negativ.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber Inaktiv. Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	— (+) (+) + + — ((+)) — — —	1,5 ccm Serum 0,2 ccm Ninhydrin.

Dieser Versuch wurde verworfen, ist naturgemäss auch in der oben mitgeteilten prozentualen Zusammenstellung nicht mit verwandt. Zwar war das inaktive Serum bei Lün. mit Ausnahme einer schwachen Gehirnreaktion negativ, sämtliche Organe auch bei Bebrütung einwandfrei. Der gleichmässig positive Ausfall in allen 3 Reaktionen mit sämtlichen Organen war aber zu verdächtig, es musste eine Störung vorliegen. Die Richtigkeit dieser Annahme beweist der folgende Tag, Nr. 7. an dem die Sera Sei. und Car. nochmals angesetzt wurden und negativ ausfielen.

Was der Anlass zu den Fehlergebnissen war, konnte nicht eruiert werden. Auch aus diesem Ergebnis erhellt der Wert des Ansetzens mehrerer Versuche gleichzeitig. Das Ansetzen eines isolierten Versuches bleibt gefährlich.

Nr. 7. 5. 7. 18.

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion	Bemerkungen
Sei., weibl.	S. Nr. 6.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	— — — — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Car., weibl.	S. Nr. 6.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr.	— — — —	1,3 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Bek., weibl.	Schizophrenie mit zahlreichen Wortneubildungen und Kontaminationen. Völlige Inkohärenz des Gedankenganges. Nahezu stationär.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	— — ? ? (+)	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Eich., weibl.	Dem. paranoides, nahezu stationär, mit ganz phantastischer, produktiver Wahnbildung bei verhältnismässig gut erhaltener Persönlichkeit.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	— ? (+) — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.

Der Versuch gilt als einwandfrei. Zwar bestand keine Möglichkeit zum Ansetzen inaktiver Versuche. Die dreifach beobachteten negativen Reaktionen mit Leber und Ovar verbürgen die Richtigkeit des fermentativen Abbaues in den zwei positiven Versuchen. Ein Organfehler lag offenbar nicht vor.

Nr. 8. 6. 7. 18.

Wol., männl.	Paranoide Form der Dem. praecox, im ersten Beginn. Vor Wochen ausgesprochene Beziehungsideen, hat jetzt ein Geheimnis, das er niemandem mitteilt. Läppisches Wesen, unverträglich.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	— — ? — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Gen., männl.	Alte stationäre Hebephrenie, affektiv verblödet, läppisches, albernes Wesen, unmotiviertes Lächeln.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	— — — — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.

Fermentative Vorgänge im Verlaufe d. endogenen Verblödungsprozesse usw. 271

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion	Bemerkungen
Met., männl.	Hebephrenie im Beginn, sonderliches Wesen, bewegungsarm, affektiv stumpf, ist gern für sich. Mitunter läppisches Lachen. Galt erst für Psychopath, entpuppte sich erst später als Dem. praecox.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	— ? — ? —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.

Aus Mangel an Serum konnten inaktive Versuche nicht angesetzt werden. Doch liegt kein Grund vor, dem Ausfall der Reaktion zu misstrauen. Der Versuch gilt als einwandfrei.

Nr. 9. 9. 7. 18. (Am 7. und 8. 7. wurde nicht gearbeitet.)

Vial., männl. vgl. Nr. 1	Katatonie. Allmähliches Abklingen des Stupors.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber Inaktiv. Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	(+) (+) ((+)) ((+)) (+) (+) (+) (+) ((+)) ((+))	— — — — — — ((+)) ((+)) — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin. } Organbebrütungsproben absolut negativ. Im inaktiv. Versuch Lün. beides negativ.
Mei., männl. vgl. Nr. 1	Hebephrenie. Klinisch unverändert.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	(+) ((+)) + + ((+))	— — ((+)) ((+)) —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Serum. } Im inaktiv. Versuch Vial. beides ((+)), im inaktiv. Versuch Lün. jedoch beides negativ. Die Organbebrütungsproben waren durchweg negativ.
Han., männl.	Katatonie, in Schüben verlaufend, mit guten Remissionen, seit Jahren bestehend. Vor 2 Mon. äusserst schwerer Erregungszustand, langsam abklingend. Jetzt schon recht gute Remission. Noch Sensationen.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	(+) (+) ++ ((+)) ((+))	— — + — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin. } Im inaktiv. Versuch Vial. beides ((+)), im inaktiv. Versuch Lün. jedoch beides negativ. Die Organbebrütungsproben waren durchweg negativ.

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion		Bemerkungen
Lün., männl. vgl. Nr. 6.	Endogene Depression.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin
		do. + Gehirn	(+)	((+))	} Im inaktiv. Versuch Vial. beides ((+)) Sämtliche Organ- bebrütungsproben absolut negativ.
		do. + Hoden	(+)	((+))	
		do. + Schilddr.	((+))	—	
		do. + Leber	—	—	
		Inaktiv. Serum allein	((+))	—	
		do. + Gehirn	((+))	—	
		do. + Hoden	((+))	—	
		do. + Schilddr.	((+))	—	
		do. + Leber	—	—	

Hier ist ein Organfehler nicht anzunehmen, da sowohl sämtliche Bebrütungsproben negativ waren, als auch der inaktive Versuch Lün.; auch hätte man bei vorhandenem Organfehler eine positive Gehirn- und Hodenreaktion im aktiven Versuch Vial. erwarten müssen. Wahrscheinlich handelt es sich um einen Kochfehler bei dem inaktiven Serum Vial. allein. Möglich ist auch ein Hülsenfehler. Daher sofort Hülsenprüfung auf gleichmässige Durchlässigkeit für Peptone.

Nr. 10. 11. 7. 18.

Lan., männl.	Normal.		Aktives Serum allein	(+)	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
			do. + Gehirn	(+)	—	
			do. + Hoden	(+)	—	
			do. + Schilddr.	(+)	—	
			do. + Leber	(+)	—	
Was., männl. vgl. Nr. 3.	Dem. paranoides. unverändert.	Klinisch	Aktives Serum allein	(+)	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
			do. + Gehirn	(+)	—	
			do. + Hoden	—	—	
			do. + Schilddr.	(+)	—	
			do. + Leber	(+)	—	
			Inakt. Serum allein	(+)	—	
			do. + Gehirn	(+)	—	
			do. + Hoden	—	—	
			do. + Schilddr.	(+)	—	
			do. + Leber	0	0	
Wit., männl. vgl. Nr. 3.	Katatonie. erregter.	Klinisch etwas	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
			do. + Gehirn	+	(+)	
			do. + Hoden	((+))	—	
			do. + Schilddr.	((+))	—	
			do. + Leber	+	(+)	
Nil., männl.	Leichte endogene Depression. Weinerlich, Suizidgedanken.		Aktives Serum allein	—	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
			do. + Gehirn	—	—	
			do. + Hoden	—	—	
			do. + Schilddr.	((+))	—	

Der Versuch ist einwandfrei.

Nr. 11. 12. 7. 18.

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion		Bemerkungen
Beck., männl.	Schizophrenie, chronisch fort- schreitend, mit katatonen Zügen, Stereotypien, Ver- bigeration, völlig inkohärentem Gedankengang.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	(+) (+) ((+)) — —	— — — — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Stn., männl. vgl. Nr. 3.	Hebephrenie. Klinisch unverändert.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr.	— — — —	— — — —	0,6 ccm Serum + 1,0 ccm physiolog. NaCl-Lösung. 0,3 ccm Ninhydrin.
Jun., männl.	Chronische Melancholie mit viel hypochondrischen Zügen, seit 2 1/2 Jahren ohne Unter- brechung bestehend.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	— + + — (+)	— + + — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Det., männl. vgl. Nr. 1.	Paranoide Form der Dem. prae- cox, ziemlich schnell fort- schreitend.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	((+)) (+) + ++ ++	— ((+)) (+) + +	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.

Der Versuch Stn. wurde nicht in der prozentualen Statistik verwertet, da die Serummenge viel geringer war. Inaktive Versuche wurden wegen Serumangel nicht angesetzt. Doch sichert der negative Ausfall in Versuch Beck mit hoher Wahrscheinlichkeit die Richtigkeit auch des Versuches Jun. Die Organbebrütungsproben waren natürlich sämtlich negativ.

Die Versuche Beck, Jun. und Sch. dürften als einwandfrei zu bezeichnen sein.

Nr. 12. 13. 7. 18.

Beck., männl. vgl. Nr. 2.	Schizophrenie, stationär.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Hoden do. + Schilddr. do. + Leber	(+) ++ — (+) +	— + — — (+)	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Nat., weibl.	Schizophrenie, stationär, voll- kommene Inkohärenz des Ge- dankenganges, Wortneubil- dungen, Kontaminationen.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber Inaktiv. Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr. do. + Leber	+ (+) (+) ((+)) ((+)) — — — — —	— — — — — — — — — —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
Det., weibl.	Paranoide Form der Dem. prae- cox, falsche, unsinnige Be- ziehungen, Wortneubildungen und Verquickungen, aber aus- gesprochen einformig.	Aktives Serum allein do. + Gehirn do. + Ovar do. + Schilddr.	((+)) — (+) ?	— — ((+)) —	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.

Der Versuch ist einwandfrei.

Nr. 13. 14. 7. 18.

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion	Bemerkungen
Gri., weibl.	Hebephrenie, einfach gemüthliche Verblödung. Lässt unter sich. Grösste Bewegungsarmut, fades Lächeln. Langsam progredient.	Aktives Serum allein	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	?	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Ovar	+	
		do. + Schilddr.	+	
		do. + Leber	+	
Bod., weibl.	Imbezill, mit Pfropf-Katatonie.	Aktives Serum allein	((+))	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	+	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Ovar	+	
		do. + Schilddr.	(+)	
		do. + Leber	—	
Brei., männl.	Frische Katatonie. 2. Attacke, schnell verblöndend. Erregungszustand.	Aktives Serum allein	(+)	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	+	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	+	
		do. + Schilddr.	((+))	
		do. + Leber	((+))	

Versenhentlich wurde hier kein wahrscheinlich negatives Serum angesetzt. Aus Serummangel kein inaktiver Versuch. Es liegt bei dem völlig negativen Ausfall der Organbebrütungsproben aber kein Grund vor an der Richtigkeit der Reaktion zu zweifeln. Ferner ist Gehirn im Versuch Gri., Schilddr. im Versuch Brei., Leber im Versuch Brei. und Bod. negativ. Es lag kein Grund vor, die Versuche Gri. und Brei. in der prozentualen Statistik nicht zu verwenden.

Am 15. 7. keine Reaktion, 16.—18. 7. Hülsenprüfung.

Nr. 14. 19. 7. 18.

Bre., weibl.	Zirkuläres Irresein. Mischzustand, manischer Stupor, später plötzlich in manische Erregungumschlagend. Halluziniert stark optisch.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum
		do. + Gehirn	++	+	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Ovar	(+)	((+))	
		do. + Schilddr.	((+))	—	
Vich., weibl.	Paranoide Demenz, produktive, phantastische Wahnbildung bei verhältnismässig gutem Erhaltenbleiben der Persönlichkeit.	Aktives Serum allein	—	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	++	+	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Ovar	+	+	
		do. + Schilddr.	+	+	
Hei., männl.	Chronische Manie, von Zeit zu Zeit erheblich anschwellend. Potator.	Aktives Serum allein	—	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	++	+	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	(+)	+	
		do. + Schilddr.	(+)	+	
Vol., männl.	Katatonie, chronisch, in Schüben verlaufend. Vor 1/4 Jahr letzteschwere Erregung. Jetzt schwere Katalepsie, Stereotypien, Manieren, Mutazismus.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	((+))	—	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	—	—	
		do. + Schilddr.	—	—	
		do. + Leber	—	—	

Der überraschenderweise negative Ausfall der Reaktion Vol. sichert trotz Mangels eines inaktiven Versuches mit hoher Wahrscheinlichkeit die Richtigkeit von Versuch Brei. und Hei. Der Versuch gilt als einwandfrei.

Nr. 15. 20. 7. 18.

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion		Bemerkungen
Krü., ännl.	Katatonie, chronisch verlaufend. Stereotypien u. Manieren, ite- rierende Bewegungen. Vereinz. Kontaminat. Zeitw. Verstimm- ung. Grösste Einförmigkeit.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	+	(+)	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	((+))	?	
		do. + Schilddr.	(+)	((+))	
		do. + Leber	((+))	—	
Lis., ännl.	Angstpsychose auf atherosklero- tischer Basis.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	+	(+)	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	((+))	?	
		do. + Schilddr.	+	(+)	
		do. + Leber	—	—	
Wol., ännl. vgl. Nr. 8	Paranoide Form der Dem. praecox. Klinisch in letzter Zeit auffallende Verstimmung.	Aktives Serum allein	(+)	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	+	((+))	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	++	(+)	
		do. + Schilddr.	+	((+))	
		do. + Leber	+	((+))	
		Inaktiv. Serum allein	+	—	
		do. + Gehirn	—	—	
		do. + Hoden	((+))	—	
		do. + Schilddr.	(+)	—	
		do. + Leber	(+)	—	

Der Versuch ist einwandfrei. Die Reaktion Lis. wurde nicht in der prozentualen Statistik des manisch-depressiven Irreseins verwendet.

Nr. 16. 21. 7. 18.

Weh., ännl.	Paralyse, expansiv.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	+	(+)	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	((+))	?	
		do. + Schilddr.	((+))	—	
		do. + Leber	—	—	
		Inaktiv. Serum allein	(+)	—	
		do. + Gehirn	((+))	—	
		do. + Hoden	((+))	—	
Bum., ännl.	Paralyse, expansiv.	do. + Schilddr.	—	—	
		do. + Leber	((+))	—	
		Aktives Serum allein	—	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	(+)	(+)	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	(+)	(+)	
		do. + Hoden	((+))	?	
		do. + Hoden	?	?	
		do. + Schilddr.	—	—	
		do. + Schilddr.	?	?	
		do. + Leber	—	—	
		do. + Leber	—	—	

Der Versuch ist einwandfrei. Man sieht aber an dem Versuch Bum., dass die fraglichen Reaktionen sowohl für positive, wie negative Resultate sprechen können. Die doppelt angesetzte Hodenreaktion dürfte als positiv, die doppelt angesetzte Schilddrüsenreaktion als negativ zu deuten sein. Für die vorstehende Arbeit kommen die Reaktionen nicht weiter in Betracht.

22. 7. 18. keine Reaktion angesetzt.

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion		Bemerkungen
Off., männl.	Reizbarer Psychopath.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	(+)	((+))	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	(+)	((+))	
		do. + Schilddr.	++	+	
		Inaktives Serum allein	(+)	—	
		do. + Gehirn	((+))	—	
		do. + Hoden	((+))	—	
		do. + Schilddr.	((+))	—	
Zie., männl.	Dem. paranoides, stationär. Phantastische, produktive Wahnbildung bei gut er- haltener Persönlichkeit.	Aktives Serum allein	(+)	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	++	+	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	++	+	
		do. + Schilddr.	—	—	
Rön., weibl.	Schizophrenie. Völlige Zu- sammenhanglosigkeit des Ge- dankenganges. Wortneubil- dungen. Stereotypien, Ma- nieren.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	(+)	((+))	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	+	(+)	
		do. + Ovar	++	+	
		do. + Ovar.	++	+	
		do. + Schilddr.	+	(+)	
		do. + Schilddr.	+	(+)	

Der Versuch ist einwandfrei.

Der Wechsel in der Stärke des Gehirnsabbaues im Doppelversuch der Pat. Rön. zeigt, dass die Abderhalden'sche Methode eine qualitative und nicht eine quantitative Methode ist. Die Stärke der Reaktion ist zu sehr abhängig von der Menge des zugesetzten Substrates und dessen angreifsfähiger Oberfläche. Diese zu regulieren, hat man nicht in der Hand.

Con., weibl.	Dem. paranoides, stationär. Gut erhaltene Persönlichkeit bei produktiver, ganz phantasti- scher Wahnbildung.	Aktives Serum allein	+	—	1,8 ccm Serum.
		do. + Gehirn	(+)	—	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Ovar	+	—	
		do. + Schilddr.	(+)	—	
		do. + Leber	+	—	
Pap., männl.	Psychopath, reizbar.	Aktives Serum allein	(+)	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	—	—	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	(+)	?	
		do. + Schilddr.	((+))	—	
		do. + Leber	—	—	
Mül., männl.	Paralyse, manisches Zustands- bild, leicht expansiv.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	+++	++	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	((+))	?	
		do. + Schilddr.	++	+	
		do. + Leber	((+))	?	
Papen, männl.	Imbezillität.	Aktives Serum allein	—	—	1,5 ccm Serum.
		do. + Gehirn	—	—	0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Hoden	—	—	
		do. + Schilddr.	—	—	
		do. + Leber	—	?	

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion		Bemerkungen
Sohn., männl.	Hysterische Anfälle.	Aktives Serum allein	(+)	—	
		do. + Gehirn	+	((+))	
		do. + Hoden	((+))	—	
		do. + Schilddr.	((+))	—	

Der Versuch ist trotz Mangels inaktiver Kontrollen angesichts der zahlreichen negativen Reaktionen zweifellos einwandfrei.

27. und 28. 7. keine Reaktionen angesetzt.

Nr. 19. 29. 7. 18.

Han., männl. vgl. Nr. 9.	Katatonie. Klin. fortschreitende Remission.	Aktives Serum allein	(+)	—	1,3 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	(+)	—	
		do. + Hoden	(+)	—	
		do. + Schilddr.	((+))	—	
		do. + Leber	((+))	—	
		Inaktiv. Serum allein	+	—	
		do. + Gehirn	(+)	—	
		do. + Hoden	(+)	—	
		do. + Schilddr.	(+)	—	
		do. + Leber	(+)	—	
Prü., männl.	Hysterische Gangstörung.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,25 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	+	(+)	
		do. + Hoden	?	—	
		do. + Schilddr.	(+)	((+))	
		do. + Leber	?	—	
Klün., männl.	Hysterischer Schütteltremor.	Aktives Serum allein	((+))	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	+	(+)	
		do. + Hoden	+	(+)	
		do. + Schilddr.	(+)	((+))	
		do. + Leber	((+))	—	
Stef., weibl.	Katatonie, seit 1/2 Jahr krank. Viel Stereotypien. Zeitweise Katalepsie.	Aktives Serum allein		—	0,6 ccm Serum + 1 ccm phys. NaCl-Lösung. 0,3 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn		—	
		do. + Schilddr.		((+))	

Der Versuch ist einwandfrei. Die Reaktion Stef. wurde wegen der geringen angewandten Serummengen in der Statistik nicht verwandt.

Nr. 20. 30. 7. 18.

Nic., männl.	Hysterie.	Aktives Serum allein		—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn		—	
		do. + Hoden		—	
		do. + Schilddr.		—	
		do. + Leber		—	

Name	Diagnose	Stoff	Reaktion	Bemerkungen
Kre., männl.	Hypomanischer, reizbarer Psychopath.	Aktives Serum allein	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	—	
		do. + Hoden	—	
		do. + Schilddr.	?	
		do. + Leber	—	
Kar., männl.	Psychopath, Alkoholiker mit Leberschwellung, Polyneuritis und Merkdefekt.	Aktives Serum allein	—	1,5 ccm Serum. 0,2 ccm Ninhydrin.
		do. + Gehirn	—	
		do. + Hoden	+	
		do. + Schilddr.	+	
		do. + Leber	((+))	
		Inaktiv. Serum allein	—	
		do. + Gehirn	—	
		do. + Hoden	—	
		do. + Schilddr.	—	
		do. + Leber	—	

Der Versuch ist einwandfrei. Reaktion Kar. wurde in der vorstehenden Arbeit wegen der alkoholischen Nebenerscheinungen statistisch nicht mit verwertet.

So weit die Protokolle meiner Versuche. Ich habe etwa den 4. bis 5. Teil der bisher von mir angestellten Reaktionen gebracht; die Gesamtzahl beläuft sich bislang auf etwa 3—400 Reaktionen. Die Zahl ist noch nicht übermässig gross. Aber ich glaube mich doch berechtigt, ein vorsichtiges Urteil abgeben zu dürfen. Es geht dahin, dass wir viel öfter, als wir bisher geglaubt, auch bei Psychopathen und Hysterikern positive Reaktionen sehen. Meine Befunde bei Manich-Depressiven erscheinen mir zwar bemerkenswert, sie sind aber an Zahl noch zu gering; ich teile sie daher vorerst nur unter gewissem Vorbehalt mit.

Die ausführliche Mitteilung der Versuchsprotokolle geschah aus dem Grunde, dass jedermann nachprüfen kann, in welcher Weise die Beurteilung der Reaktion geschah, und um darzulegen, dass die Beurteilung in kritischer Weise vorgenommen wurde. Ich möchte noch hinzufügen, dass ein zu schnelles Arbeiten, Massenreaktionen, nur von Nachteil sein können; die Resultate der diffizilen Arbeitsmethodik müssen darunter leiden. Meiner Ansicht nach hat eine Laborantin mit 5 Seren am Tag vollständig ausreichend zu tun. Lieber sollte man einmal einen Tag mit dem Arbeiten aussetzen, als auf Kosten der Genauigkeit bei der grossen Inanspruchnahme der Geduld und der Aufmerksamkeit seitens des Arbeitenden eine hohe Reaktionszahl zu erzielen. Nur so kann man meines Erachtens zu einwandfreien Resultaten kommen. Wer selbst die Reaktion längere Zeit ausgeführt hat, wird mir Recht geben. Auch sollte man lieber eine Reaktion zu viel als eine zu wenig verwerfen.

Wenn ich mich auf Grund meiner Ergebnisse nicht auf den Fauser'schen Standpunkt und den seiner Anhänger stellen kann, nicht der Ansicht bin, dass die Sache so einfach liegt, dass funktionelle Psychosen nicht abbauen, organische aber positive Ergebnisse zeitigen, so ist das keineswegs mit einer Verneinung der Methode identisch. Gerade meine Untersuchungen haben mir die Spezifität der Abwehrfermente wieder klar vor Augen geführt. Durch allgemein proteolytische Fermente lässt es sich nicht erklären, dass ein Serum, zu wiederholten Malen angesetzt (vergl. Nr. 1 und 2, Reaktion Gus.; Nr. 16, Reaktion Bum.; Nr. 17, Reaktion Rön.) sich stets von den mehrfach vorgelegten Organen immer nur dieselben spezifisch herausucht. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Reaktionen wurde ja auch immer nur das eine oder andere Organ abgebaut, während eine mehr oder minder grosse Zahl der Organe negativ blieb. Das ist mit der Wirkung allgemein proteolytischer Fermente nicht vereinbar. Die Abderhalden'sche Reaktion ist eine spezifische Reaktion.

Noch einmal aber möchte ich mich wenden gegen die viel geübte Praxis, schwach positive Reaktionen (mit $((+))$ bezeichnete) als negativ anzusprechen. Denn der eine hält dann für positiv, was der andere noch als negativ begutachtet. Vergleichswerte werden auf diese Weise niemals gewonnen, und wir kommen nicht weiter. Vielleicht liegt darin zum Teil der Unterschied zwischen meinen verhältnismässig „schlechten“ Ergebnissen und denen anderer Autoren mit den bisher als „günstig“ bezeichneten Resultaten. „Günstig“ werden aber auch meine Ergebnisse noch nicht, wenn ich meine mit $((+))$ bezeichneten Ergebnisse als negativ buche. Ich bekomme dann bei Hysterikern und Psychopathen zwar nur 25 pCt. positive Resultate, aber die Zahl der positiven Reaktionen bei Dementia praecox geht auch gleichzeitig auf 50 pCt. herunter. Ich kann darin keinen Vorteil erblicken. Ich habe mich übrigens gewundert, dass sich in der Literatur nur ganz verschwindend wenig zahlenmässige Angaben finden über die positiven Reaktionen bei Hysterikern und Psychopathen. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Autoren begnügt sich mit der Feststellung, dass sich bei diesen funktionellen Leiden nur negative, oder seltener positive, oder gerade so häufig positive Reaktionen finden, wie bei Dementia praecox. Zahlenmässige Angaben dürften hier gerade ausserordentlich erwünscht sein. Hierbei wäre dann genauestens auf den augenblicklichen Zustand des Patienten zu achten. Es liegen auch noch keineswegs genügend einwandfreie Beobachtungen darüber vor, wie sich die fermentativen Vorgänge bei Menstruation, nach körperlichen und seelischen Anstrengungen, nach sexuellen Exzessen und ähnlichen von der Norm ab-

weichenden Zuständen des Organismus verhalten. Auch darauf wäre zu achten. Vielleicht erklärt sich die eine oder andere positive Reaktion bei Normalen, die wenn auch selten, so doch immer wieder einmal beobachtet wird, auf solche Weise.

Alle diese Dinge weisen darauf hin, dass ein noch weithin unbebautes Feld vorliegt, und gerade dieser Umstand zwingt dazu, mit einer praktischen Verwertung der Reaktion auf psychiatrischem Gebiet, besonders im forensischen Betriebe, noch äusserst vorsichtig zu sein, ja, sie einstweilen noch rundweg abzulehnen. Der Zeitraum, seit dem wir die Methode besitzen, ist ja auch noch ausserordentlich kurz; die Kriegezeit ist nahezu abzurechnen, und vor dem Kriege waren es gerade $1\frac{1}{2}$ Jahre, seit Fauser mit seinen ersten psychiatrischen Beobachtungen in die Öffentlichkeit trat. Ich möchte also ja nicht dahin verstanden werden, dass ich die Abderhalden'sche Methode als Forschungsmethode ablehne. Im Gegenteil, ich halte sie für eine wesentliche Bereicherung unserer Arbeitsmethoden; sie hat schon viel geleistet, und wird sicher auch weiterhin unsere Kenntnisse noch durch viele interessante Befunde bereichern. Aber sie erfordert zähe Ausdauer, peinlichste Genauigkeit, ruhiges Arbeiten und schärfste Kritik und Selbstkritik, auch in der Hand des geübten Serologen. Ein enges Zusammenarbeiten zwischen Serologen und Kliniker ist hier mehr, als bei irgend einer anderen Methode, erforderlich.

Literaturverzeichnis.

1. Abderhalden, Abwehrfermente. 1914. Springer.
2. Bowmann u. van Hasselt, Die Abderhalden'sche Reaktion bei Psychosen und Neurosen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1915. 59. I. 423.
3. Bundschuh u. Römer, Ueber das Abderhalden'sche Dialysierverfahren in der Psychiatrie. Deutsche med. Wochenschr. 1913. S. 2029.
4. Ewald, Erfahrungen mit dem Abderhalden'schen Dialysierverfahren und über seine Verwertbarkeit am Krankenbett. Fermentforsch. 1915. I. S. 315.
5. Fauser, Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1913. Bd. 70.
6. Derselbe, Zur Frage des Vorhandenseins usw. Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.
7. Derselbe, Die Serologie in der Psychiatrie (Rückblicke und Ausblicke). Ebendas. S. 1985.
8. Derselbe, Die Serologie in der Psychiatrie. Ebendas. 1914. S. 126.
9. Derselbe, Deutscher Verein für Psychiatrie. Strassburg 1914. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 10. S. 55.
10. Kafka, Ueber den Nachweis von Abwehrfermenten usw. Ebendas. 1913. Bd. 18.

11. Kafka, Die Abderhalden'sche Methode in der Psychiatrie. Med. Klinik. 1914. S. 155.
12. Lampé und Fuohs, Serologische Untersuchungen mit Hilfe des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens usw. Münchener med. Wochenschr. 1913. S. 2112 u. 2177.
13. Lindstedt, Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 27.
14. Maass, Psychiatrische Erfahrungen mit dem Abderhalden'schen Dialysierverfahren. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913. Bd. 20. S. 560.
15. W. Mayer, Die Bedeutung der Abderhalden'schen Serodagnostik für die Psychiatrie. Münchener med. Wochenschr. 1913. S. 2045.
16. Derselbe, Die Bedeutung der Abderhalden'schen Dialysiermethode. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 1914. Bd. 23. S. 539.
17. Derselbe, Bemerkungen zur Abderhalden'schen Methode in der Psychiatrie. Münchener med. Wochenschr. 1915. 62. I. S. 580.
18. Niezoytka, Ergebnisse der Abderhalden'schen Methode für die Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914. Orig.
19. Plaut, Ueber Adsorptionsercheinungen beim Abderhalden'schen Dialysierverfahren. Münchener med. Wochenschr. 1914. S. 238.
20. Derselbe, Deutscher Verein für Psychiatrie. Strassburg 1914. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 10. S. 55.
21. Rautenberg, Ueber den klinischen Wert der Blutreaktion nach Abderhalden, insbesondere auf Grund kriegsforensischer Begutachtung. Verein Nordd. Psych. 1917. Hamburg. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. Bd. 15. S. 222.
22. Rosental und Hilffert, Zur Frage der klinischen Verwertbarkeit des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1914. Bd. 26. S. 6.
23. Runge, Ueber Erfahrungen mit dem Abderhalden'schen Dialysierverfahren usw. Arch. f. Psych. 1917. Bd. 58.
24. Schwarz, Erfahrungen mit der Abderhalden'schen Blutuntersuchungsmethode. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1914. Bd. 32. S. 19.
25. Sioli, Die Abwehrfermente Abderhalden's in der Psychiatrie. Arch. f. Psych. 1915. Bd. 55. S. 241.
26. Wegener, Weitere Untersuchungsergebnisse mittels des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens. Münchener med. Wochenschr. 1914. S. 15.

XII.

Zur Abwehr.

Von

Prof. Dr. J. Raecke (Frankfurt a. M.).

Der Unterschied zwischen Forschung und Schriftstellerei ist erst kürzlich zum Gegenstande einer Veröffentlichung aus dem Münchener Forschungsinstitute gewählt worden. Umso verwunderlicher wirkt es, dass die anatomischen Vertreter gerade dieser von uns Psychiatern mit den höchsten Erwartungen begrüßten neuen Schöpfung sich vorzugsweise in polemischer Schriftstellerei ergehen. Den Angriffen Spielmeyer's gegen mich ist jetzt ein weiterer von Nissl gefolgt, weil ich sein Dogma vom paralytischen Parallelismus angegriffen habe: Zwei getrennte histopathologische Prozesse sollen, ohne sich zu schneiden, in der paralytischen Hirnrinde nebeneinander herlaufen, entzündliche und toxisch-degenerative.

Diese Hypothese beruht nicht, wie Nissl annimmt, auf histopathologischen Tatsachen — die Tatsachen habe ich nicht bestritten —, sondern nur auf Nissl's Deutung dieser Tatsachen. Wir haben wohl bei der Paralyse, im Gegensatz zu der auf das Mesoderm beschränkten gummösen Lues cerebrospinalis, zugleich Veränderungen am Mesoderm und Ektoderm vor uns, aber beides ist Ausdruck der durch Spirochäten erzeugten lokalen Entzündung. Natürlich können ektodermale und mesodermale Veränderungen bis zu einem gewissen Grade ungleichmässig verlaufen, so dass man beispielsweise mit Salvarsanbehandlung den mesodermalen Prozess zu beeinflussen und die meningitisch entstandenen abnormen Liquorbefunde zu beseitigen vermag, während gleichzeitig der ektodermale Prozess fortschreitet und zum Tode führt.

Nissl selbst muss einräumen, dass man zweifelhaft sein kann über die Berechtigung, regressive und progressive Gewebsveränderungen nur deshalb als nichtentzündlich zu bezeichnen, weil die gleichzeitig nachweisbaren exsudativen Erscheinungen nur geringfügig und sporadisch auftreten. Man könnte vielleicht noch weiter gehen und das Erfordernis einer Exsudation in Nissl's Sinne für den Begriff Entzündung im Zentral-

nervensystem überhaupt anzweifeln. Jakob¹⁾ hat erst kürzlich wieder darauf hingewiesen, dass die proliferativ reaktiven Vorgänge an der Glia sich sehr wohl als exsudative deuten liessen. Die von Nissl geforderte Einschränkung des Entzündungsbegriffes führe zur Notwendigkeit, prinzipiell gleiche histologische Vorgänge verschieden zu charakterisieren.

Nissl's schärfsten Widerspruch haben meine Ausführungen erweckt, dass Alzheimer gerade auf Grund der verschiedenartigen Bilder, welche die Nervenzellen in paralytischen Rinden darbieten, nochmals die Frage erwogen habe, ob Veränderungen im Nissl-Präparate wirklich einen wesentlichen Ausdruck verschiedener Schädigungen darstellten, und dass er erst im allgemeinen Hinblick auf die Strukturverhältnisse der erkrankten Zellen überhaupt, auch im nichtparalytischen Gehirne, zu dem Ergebnisse gelangt sei, dass es sich nicht um gleichgültige Unterschiede sondern um verschiedene Erkrankungszustände handle.

Nun, wörtlich hat Alzheimer über seine paralytischen Zellbefunde geschrieben (Histol. u. histopath. Arb. Bd. 1. S. 55): „Die Ganglienzellveränderungen, welche man findet, können der allerverschiedensten Art sein und ich glaube, alle von Nissl beschriebenen Formen, manchmal mehrere Arten neben- und untereinander und dazu häufig solche, die Kombinationen verschiedener Erkrankungsarten darstellen, neben anderen noch nicht beschriebenen Erkrankungsbildern gesehen zu haben Im allgemeinen sind Mischformen und weniger scharf gekennzeichnete Erkrankungszustände sogar häufiger als die von Nissl beschriebenen, leichter erkennbaren Formen.

„Diese auffällige Erscheinung könnte uns bedenklich machen, ob überhaupt die Ganglienzellveränderungen, wie wir sie heute, besonders an Präparaten nach der Nissl'schen Färbung, sehen und durch Nissl's Vorarbeiten kennen, einen wesentlichen Ausdruck verschiedener Schädigungen darstellen, ob ihnen eine grössere Bedeutung für die pathologische Histologie zukommt. Doch sprechen wichtige Gründe dafür, dass diese Zellveränderungen nicht als bedeutungslose Umwandlungen des normalen Zellbildes betrachtet werden dürfen²⁾. Denn zunächst sehen wir, dass mit bestimmten Umlagerungen der chromatischen Substanz, welche in erster Linie den pathologischen Zellformen ihr Gepräge geben, auch ganz bestimmte Veränderungen am Kern und Kernkörperchen, an Form und Grösse des Ganglienkörpers und seiner Fortsätze einhergehen, wie dies Nissl eingehend beschrieben

1) Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Mai 1918.

2) Im Original nicht gesperrt gedruckt.

hat. Zweitens müssen wir annehmen, dass eine Umlagerung der chromatischen Substanz, die normaler Weise nur die Fibrillenbahnen freilässt, auch eine Schädigung der Fibrillen selbst andeutet, also eine Schädigung von Zellstrukturen, die direkter als die Chromatinmassen mit nervösen Funktionen in Zusammenhang zu bringen sind. Dazu finden wir die im Nissl'schen Präparat an gesunden Zellen ungefärbten Fibrillenbahnen bei krankhaften Zuständen oft gefärbt, was wieder eine Veränderung derselben beweist. Drittens sieht man vielfach, dass mit bestimmten Ganglienzellveränderungen auch ein bestimmtes Verhalten der Trabanzellen einhergeht, deren Wucherung oder Rückbildung, wie wir später noch sehen werden, Störungen in den feinsten periganglionären nervösen Strukturen anzeigen dürfte. So erscheint es wohl sicher, dass die verschiedenen Ganglienzellveränderungen nicht auf gleichgültigen Umlagerungen der Granula beruhen, sondern den Ausdruck verschiedenartiger, tiefergreifender Schädigungen, dass sie mit kurzen Worten verschiedene Erkrankungszustände darstellen“ . . . 1).

Auch persönlich erinnere ich mich aus mehrfachen Aeusserungen Alzheimer's in den Jahren 1898—1900, dass ihm wenigstens damals der überraschende Formenreichtum der Ganglienzellbilder im Paralysegehirn hinsichtlich ihrer Einschätzung für die Histopathologie besonders wichtig erschien. Die anfänglich sehr übertriebenen Hoffnungen, welche durch Nissl's Befunde erregt worden waren, hatten aufgegeben werden müssen. Das eifrige Forschen nach spezifischen Ganglienzellveränderungen wurde allmählich eingestellt. Die Würdigung der starken Einwirkung zufälliger körperlicher Störungen setzte sich durch.

Alzheimer selbst hatte zeitweilig geglaubt, in einer über nahezu alle Rindenschichten ausgebreiteten akuten Ganglienzellerkrankung das anatomische Substrat der Amentia²⁾ gefunden zu haben. Seine eigenen und fremde Arbeiten (Binswanger und Berger, Cramer, E. Meyer, Sander, Schröder usw.) führten zur Erkenntnis, dass bei den meisten akuten Infektions-, Intoxikations- und Autointoxikationspsychosen, namentlich auch bei dem Delirium tremens (Bonhoeffer, Trömmner, Kürbitz, Schröder usw.) die akute Zellerkrankung in der gesamten Rinde auffällig verbreitet, dass aber ihre vermutliche Ursache weniger in psychischen als begleitenden somatischen Störungen zu suchen ist.

Im Gegensatz zu diesen bekannten Bildern fällt im paralytischen Zellpräparate, gleichgültig, welche interkurrente Erkrankung den Tod

1) Im Original nicht gesperrt.

2) Monatsschr. f. Psych. Bd. 2. S. 111.

herbeigeführt hatte, in der Regel ein weit bunterer Wechsel der Formen mit Vorherrschen schwerster Störungen auf. Wörtlich hat Alzheimer darüber gelehrt: „Was nun zunächst im allgemeinen die Veränderungen der Ganglienzellen bei der Paralyse von denen bei vielen anderen Psychosen unterscheidet¹⁾, ist das häufige Vorkommen solcher Erkrankungsbilder, welche schon aus der Art der Veränderung eine besonders schwere Schädigung andeuten“. (Folgt eine Beschreibung der Formen.) „Das sind nur einige der auffälligsten Formen. Recht häufig begegnen wir Zuständen, die die letzten Stadien des Zellzerfalls darstellen und sich als körnige Protoplasmahaufen, Ausgangsstadien der Verflüssigung, Vakuolisierung, Zellschattenbildung (Nissl) kennzeichnen“ . . .

Diese von Alzheimer so klar betonte Eigenartigkeit paralytischer Ganglienzellpräparate legt meines Erachtens den Gedanken nahe, ob nicht hier neben den sonst einwirkenden Allgemeinstörungen toxischen Charakters ein neues lokales Moment hinzutritt und die auffallend schweren Nervenzellveränderungen in erster Linie verursacht. Meine Fragestellung ist von Nissl missverstanden worden.'

Niemand wird heute daran denken, bei der grossen Mannigfaltigkeit möglicher Zellbilder aus derartig leichten und schwankenden Unterschieden differentialdiagnostische Richtlinien gewinnen zu wollen. Wohl aber erschien es mir verlockend, die von Alzheimer so trefflich geschilderten Befunde mit der Spirochäteninvasion in Zusammenhang zu bringen. Ob dabei die Spirochäten wirklich öfter in die Zellen eindringen oder sich nur an sie anlegen, ob sie mechanische oder chemische Schädigungen setzen, ist, wie ich an anderer Stelle ausdrücklich betont habe, eine mehr nebensächliche Frage.

Ebenso habe ich mehrfach hervorgehoben, dass regressive und proliferative Gewebsveränderungen zugleich mit den exsudativen zum Wesen einer Entzündung gehören. Das hindert aber nicht, dass an einzelnen Stellen des Hirngewebes sogleich nach Eindringen der Spirochäten die exsudativen Erscheinungen noch einige Zeit fehlen können, während sich Degeneration und Proliferation bereits als Folgen jener Invasion bemerkbar machen. Dafür treten wieder an anderen Gewebestellen die Exsudationen deutlich hervor. Der paralytische Prozess ist eben immer, trotz vorübergehend einsetzender Exazerbationen, ein ausgesprochen chronisch-schleichender, der im Laufe von Jahren allmählich über die Hirnrinde kriecht bzw. sprunghaft unregelmässig verbreitet. Der im Augenblicke des Todes zu erhebende Befund bietet nur einen Ausschnitt aus dem ganzen Vorgange.

1) Im Original nicht gesperrt.

Nicht immer mag überall das Bild der Entzündung gleich überzeugend im Schnitte hervortreten. Wenn man dann sofort selbständige Degenerationen annimmt, versetzt man sich in die Unmöglichkeit, den gesamten nervösen Zerfall im paralytischen Gehirn von lokalen Entzündungsvorgängen abhängig zu denken, und verbaut sich die meines Erachtens natürlichste Erklärung des paralytischen Prozesses. Auch hier hat mich Nissl missverstanden.

Trotz Nissl's Widerspruch muss ich an der Behauptung festhalten, dass massenhafte Plasmazellinfiltrate das Vorliegen parasitärer Entzündungsursachen wahrscheinlich machen. Uebrigens scheint auch Jakob diese Auffassung zu vertreten, da er sagt:

„Aber so viel lehren uns die Erfahrungen aus der Pathologie des Zentralnervensystems, dass bei allen Affektionen, in denen sich eine starke lymphozytäre Reaktion des Gewebes zeigt, die Einwirkung eines Bakteriums mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen werden darf; ich verweise hier auf Tuberkulose, Syphilis, Schlafkrankheit, Heine-Medin'sche Krankheit (epidemische Kinderlähmung), Lyssa, Hundestaupe, Borna'sche Krankheit der Pferde, alles Prozesse, die mit starken infiltrativen Bindegewebsexsudationen einhergehen. Im Gegensatze hierzu stehen die Befunde bei Dysenterietoxin, Blei, Alkohol, Diphtherie, Blutgiften, wo mehr reine Toxinwirkungen im Vordergrunde stehen, und exsudative Prozesse, wenn überhaupt, nur sehr geringgradig im Zentralnervensystem entwickelt sind“ (l. c. S. 39).

Von einem Widerspruche der Anschauungen zwischen Jahnel und mir, wie ihn Nissl behauptet, ist mir nichts bekannt. Jahnel hat allerdings die Frage nach dem Zusammenhange zwischen entzündlichen und degenerativen Veränderungen im paralytischen Hirngewebe einstweilen offen gelassen, da es nur in seiner Absicht lag, die von ihm beobachteten histopathologischen Veränderungen zu beschreiben, ohne auf nähere Deutung derselben einzugehen. Allein auch Jahnel ist gleich mir fest davon überzeugt, dass die Dementia paralytica als eine lokale Gehirnerkrankung, als eine Spirochaetosis cerebri anzusprechen ist.

Es war stets eine undankbare Beschäftigung, an ein Dogma zu rühren. Es flogen dem Störenfried nur zu leicht Liebenswürdigkeiten, wie Ungereimtheit, Verdunklung des Gewönnenen, Verwirrung der Fragestellung an den Kopf. Doch darf das nicht schrecken!

Auch meine jetzige Kontroverse mit Nissl beruht wie die andere vor 17 Jahren, bei der ich trotz des schon damals von Nissl aufgefahrenen groben Geschützes schliesslich Recht behielt, zum grossen Teil auf Vorbeireden. Der Nutzen solcher Polemik entspricht kaum der darauf verwendeten Zeit.

XIII.

21. Versammlung (Kriegstagung) mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Leipzig am 27. Oktober 1918.

(Offizieller Bericht.)

Referent: Dr. Karl Pönitz-Halle.

Anwesend sind die Herren:

Anton-Halle, Bauer-Alt-Scherbitz, Berlitz-Sonnenstein, Bieling-Friedrichroda, Bockhorn-Nietleben, Braune-Conradstein, Brassert-Leipzig, Brill-Magdeburg, Brust-Sonnenstein, Deetjen-Wilhelmshöhe, Dehio-Zschadrass, Facklam-Suderode, O. Foerster-Breslau, Heymann-Leipzig, Hoehe-Demnitz, Hösel-Dresden, Ilberg-Sonnenstein, Jaeger-Wernigerode, Jolly-Nürnberg, Klien-Leipzig, Klipstein-Magdeburg, Krapf-Kreischa, Langer-Nietleben, Lehmann-Hartheck, Levy-Suhl-Berlin-Wilmersdorf, Liebers, Lustig-Leipzig, Marloth-Zschadrass, Moeli-Berlin, Neuendorff-Bernburg, Nietzsche-Leipzig, Pfeifer-Halle, Pfeifer-Leipzig, Pönitz-Halle, Quensel-Leipzig, Rheinboldt-Leipzig, Richter-Leipzig, von Rohden-Nietleben, Röper-Jena-Hamburg, Rust-Jerichow-Magdeburg, Schäfer-Roda, Curt Schmidt-Dresden, Schröder-Alt-Scherbitz, Schuhmacher-Roda, Schütz-Leipzig, Schwabe-Plauen, Schwarz-Leipzig, Schwede-Uchtsprunge, Seeligmüller-Halle, Sommer-Giessen, Sobe-Dresden, Stadler-Plauen, Strohmeyer-Jena, von Strümpell-Leipzig, Tetzner-Schkeuditz, Wendt-Thonberg, Wiener-Leipzig, Wichura-Schwarzeck.

I. Sitzung vormittags 9 Uhr

in der Medizinischen Klinik zu Leipzig.

Herr Hösel-Dresden eröffnet in Vertretung des erkrankten ersten Geschäftsführers Flechsig-Leipzig die Sitzung und begrüsst die Anwesenden. Er wird zum Vorsitzenden der Vormittagssitzung gewählt, Herr Sommer-Giessen zum Vorsitzenden der Nachmittagssitzung. Zu Schriftführern werden die Herren Pönitz-Halle und Tetzner-Schkeuditz gewählt.

Vorträge.

1) Herr Wichura-Schwarzeck: „Zur spezifischen Behandlung der Tabes dorsalis“.

Nachforschungen bei 18 Tabikern, die im Laufe der letzten $4\frac{1}{2}$ Jahre nach Dreyfus behandelt worden waren, ergaben, dass der unmittelbar gute Kurerfolg auch angehalten hatte.

Das günstige Ergebnis wird darauf zurückgeführt, dass die spezifische Behandlung zwar so intensiv wie möglich, aber keinesfalls intensiver als mit einer gleichzeitigen Kräftigung des Körpers vereinbart durchgeführt wurde.

Es wird empfohlen, die einschleichende und vorsichtig weitertastende spezifische Behandlung als ein wertvolles Unterstützungsmittel der klinischen physikalisch-diätetischen Therapie zu betrachten und sie nach biologischen, nicht chemo-therapeutischen Rücksichten zu gestalten. (Eigenbericht).

Aussprache.

Herr O. Foerster-Breslau weist u. a. darauf hin, dass es fast nie gelinge, die spezifische Reaktion durch die spezifische Behandlung zum Verschwinden zu bringen, weil es offenbar fraglich sei, ob das Medikament tief ins Gewebe eindringe. Foerster behandelt seit 1913 mit der endolumbalen Methode wie sie Wechselbaum, Marinesco, Swift und Ellis eingeführt haben. Er hat 130 Tabesfälle behandelt und hat beobachtet, dass die Wassermann'sche Reaktion vermindert wird oder verschwindet, dass die Lymphozytose zurückgeht, dass die Nonne-Apelt'sche Reaktion aber am längsten erhalten bleibt. Was das Klinische anbelangt, so schwinden die lanzinierenden Schmerzen oft, die Ataxie wird sehr günstig beeinflusst, auch gastrische Krisen, Parästhesien, Blasenstörungen sollen milder werden und sogar objektive Symptome, wie die Reflexe, sollen gebessert werden. (Eigenbericht).

Herr Strümpell-Leipzig: In meiner Klinik werden seit 8 Jahren fast alle Tabes-Kranken in ausgiebiger Weise antisypilitisch mit Quecksilber (Schmierkur) und Salvarsan behandelt. Ich muss leider sagen, dass die Ergebnisse keineswegs besonders erfreulich sind. Gewiss loben viele Kranken anfangs die Behandlung und zuweilen bessern sich auch einzelne Symptome (Ataxie, Schmerzen, Blasenstörungen). Aber im ganzen gehen diese Besserungen keineswegs über das hinaus, was man auch sonst durch die früher üblichen Behandlungsmethoden (Ruhe, Bäder, Elektrisieren und dergl.) erreicht hat. Nach meinen Erfahrungen tritt jeder neue junge Assistenzarzt mit grossen Erwartungen und sanguinischem Optimismus an die Salvarsan-Behandlung der Tabes heran. Es ist ja so erfreulich, ein spezifisch und vermeintlich sicher wirkendes Mittel gegen die traurige Krankheit zu haben! Aber nach 1 bis 2 Jahren, wenn die behandelten Tabiker im ganzen noch immer dasselbe Bild darbieten, dann weicht der anfängliche Enthusiasmus einer recht resignierten Stimmung. Ich selbst habe stets besonders diejenigen Fälle zu energischer Salvarsan- und Quecksilber-Behandlung ausgewählt, bei denen ein Heileffekt leicht und deutlich nachweisbar gewesen wäre: dies waren namentlich Fälle

mit schweren anhaltenden gastrischen Krisen oder mit anhaltenden tabischen Krisen. Und gerade bei diesen Fällen hat die Kur fast immer versagt oder höchstens zweifelhaften Erfolg gehabt. Wer, wie ich, der Ueberzeugung ist, dass die Tabes etwas anderes ist als eine gewöhnliche tertiäre Syphilis des Gehirns und Rückenmarks, der würde von vornherein die Wirksamkeit einer antisypilitischen Behandlung nur gering anschlagen können. Von grösster Wichtigkeit wäre die Entscheidung der beiden Fragen, ob eine möglichst energische Behandlung der Syphilis bald nach erfolgter Infektion das spätere Auftreten von Tabes oder Paralyse seltener machen oder gar verhindern können, sodann, ob durch eine energische spezifische Behandlung bei einer beginnenden Tabes das weitere Fortschreiten der Krankheit gehindert oder wenigstens gehemmt werden kann. Leider kann ich nach meinen eigenen Erfahrungen keine bejahende Antwort geben. Gewiss müssen wir Aerzte fortfahren, aus den Errungenschaften der Aetiologie die erreichbaren Vorteile für die Therapie der Tabes zu ziehen. Das bisher Erreichte können wir aber — wenn wir kritisch und aufrichtig sind — nur recht bescheiden beurteilen.

(Eigenbericht).

Herr Schwarz-Leipzig: Auf Grund meiner Erfahrungen bei Augenstörungen als Teilerscheinungen von Hirnlues, Tabes, Paralyse kann ich die oft guten Erfolge auch schon mit kleinen Dosen von Salvarsan und Neosalvarsan bestätigen. Besonders frische Fälle von Ophthalmoplegia interior habe ich zuweilen rasch zurückgehen sehen. Manche vollständig, manche unvollständig (Rückgang der Akkommodationslähmung mit Zurückbleiben reflektorischer oder auch allgemeiner Pupillenstarre). Für Fälle, wo intravenöse Einspritzung nicht oder schwer anwendbar ist, weise ich auf die ebenfalls gut wirksame Verabreichung durch Einlauf hin, wie sie schon mehrfach auch von mir empfohlen wurde: Vorbereitung durch etwa 24stündige Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr, um den Körper aufsaugungsbedürftig zu machen, Darmentleerung durch Glycerin-Suppositorium (Perca-Glycerin wirkt auch) eine halbe Stunde bis eine Stunde vor dem Einlauf, der in Linkslage erfolgt, darauf Knie-Ellenbogenlage, nach einigen Minuten Rechtslage (s. Münchener med. Wochenschr. 1913, Nr. 5). Man kommt damit auch um die neuerdings bei der militärärztlichen Behandlung angeordnete Beschränkung der intravenösen Dosis auf 0,45 herum, wenn man stärkere Dosen für erforderlich und nach den vorausgegangenen Dosierungen für unbedenklich hält.

Auch der Wirksamkeit innerlicher Behandlung, sowohl gleichzeitig wie in Abwechslung mit den anderen Behandlungsformen möchte ich das Wort reden. Seit Jahren verwende ich, nachdem ich früher auch Mergal angewendet, von inneren Mitteln vor allen Merjethin, gelegentlich auch als erste Behandlung, wenn die Luesdiagnose noch unsicher ist, namentlich aber zu periodischer Nachbehandlung, wofür es mir recht gute Dienste leistete. (Eigenbericht).

Herr Anton-Halle spricht ergänzend über die Behandlung der progressiven Paralyse. Aehnlich wie Strümpell zur Tabesfrage äussert sich Anton zur Salvarsanbehandlung bei Paralyse, d. h. kritisch. Er geht auf die neueren Theorien der Paralysebehandlung ein, erwähnt die Tuberkulinkur, die Enésol-

Injektion, die Malariaimpfungen usw. Er weist darauf hin, dass bei jedem Paralytiker eine polyneuritische Komponente vorhanden ist, dass das Nervensystem eine andere Vitalität als der Körper hat, dass die Syphilis oft vom Körper „aufgefangen“ wird, d. h. dass das Nervensystem dann nicht erkrankt. Es werden die Völker erwähnt, die viel Lues, aber keine Paralyse haben. Anton erwähnt die endolumbale Behandlung Gennerich's, wie sie auch Willige ausführt und seine Arbeit mit v. Bramann (Ventrikel!).

Herr Quensel-Leipzig: So gut die Erfolge bei Lues cerebrospinalis mit Schmierkur und intravenösen Neosalvarsan-Injektionen sind, so wenig habe ich bei Tabes bisher durchgreifende Erfolge und Besserungen gesehen. Ich behandle im Lazarett nur diejenigen Tabesfälle spezifisch, bei welchen die Wassermann-Reaktion positiv ausfällt oder Zeichen für einen floriden Prozess vorliegen. Bestimmt haben mich zu dieser teilweise äusserlichen Beschränkung und Indikationen Erfahrungen, dass trotz und unter energischer spezifischer Behandlung Tabes sehr schnell Fortschritte machte. Bei der Beurteilung der Erfolge habe ich allerdings den Eindruck, dass Dosen von 0,45 Neosalvarsan, selbst bei ziemlich protrahierter Behandlung, nicht ausreichen, wie sie auch nicht genügen, um die Wassermann'sche Reaktion negativ zu machen.

(Eigenbericht).

Herr Röper-Hamburg-Jena hatte als Marinearzt sehr viele Tabiker zu behandeln, er hat in den ersten drei Kriegsjahren lege artis mit Salvarsan und grauem Oel behandelt, hat aber von der doch immerhin in Anspruch nehmenden Kur keinen Nutzen gesehen, der von dem Militärfiskus die Aufwendungen lohne. Nicht selten wurden die Kranken durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberkur in ihrem Allgemeinzustande verschlechtert, so dass wieder Wochen notwendig waren, um sie zur Entlassung geeignet zu machen. R. behandelt im allgemeinen die Tabiker jetzt wie Erschöpfungszustände. Die Möglichkeit, die Leute arbeitsfähig zu entlassen, wird so durchweg schneller und sicherer erreicht und eine eventuell aus den Anstrengungen des Kriegsdienstes resultierende Verschlimmerung wird so sicherer behoben. Trotzdem lehnt R. die Salvarsan-Quecksilberbehandlung nicht a priori ab, er wendet sie z. B. mit sichtlichem Nutzen bei den Fällen an, in denen starke tabische Schmerzen bestehen. Doch muss Votr. auch, abgesehen von dem militärärztlichen Standpunkte, aussprechen, dass die spezifische Behandlung bei ausgesprochenen Tabesfällen einen nennenswerten Einfluss auf den Verlauf des Leidens nicht habe.

Was die Frage der Paralysebehandlung betrifft, so möchte Referent der Fieberbehandlung das Wort reden. Zur Tagung dieser Gesellschaft, die im November 1914 stattfinden sollte, hatte Ref. einen Vortrag über Behandlung der Paralyse mit albumosenfreiem Tuberkulin angemeldet, die Arbeit blieb seinerzeit liegen, ist aber jetzt wieder aufgenommen. Nach den bisherigen Ergebnissen der Nachforschungen scheint es doch, dass sehr wohl Aussicht vorhanden ist, durch künstliche Fiebererzeugung weitgehende Remissionen herbeizuführen. Es ist aber durchaus notwendig, wirklich hohes Fieber und örtliche Entzündungen, die tagelang leukozytentreibend wirken, herbeizuführen.

3 der 1912 behandelten Paralytiker stehen noch heute selbständig grossen Geschäften vor. (Eigenbericht).

Herr Klien-Leipzig: In der bisherigen Diskussion sind einige meines Erachtens sehr wichtige Punkte unerwähnt geblieben, die zu einem Teil wenigstens zur Erklärung der Widersprüche der von den Herren Vorrednern geäusserten Ansichten beitragen können. Wenn es als ein besonderes Kriterium für die Wirksamkeit des Salvarsans bezeichnet wurde, ob die als Reizerscheinungen aufzufassenden lancinierenden Schmerzen beseitigt werden können, so ist dem entgegen zu halten, dass die lancinierenden Schmerzen nicht in allen Fällen als Reizerscheinungen infolge eines aktiven Prozesses aufgefasst werden müssen. Es ist sehr wohl möglich, dass lancinierende Schmerzen auch ausgelöst werden können durch reaktive Wucherungen der Stützsubstanz, durch narbige Prozesse im weiteren Sinne. In solchen Fällen kann natürlich eine günstige Beeinflussung durch Salvarsan nicht erwartet werden und es ist wohl möglich, dass die Fälle, in denen lancinierende Schmerzen jahrelang hindurch unverändert und durch nichts beeinflussbar fortbestehen, auf solche Weise zu erklären sind.

Dagegen werden die lancinierenden Schmerzen in zahlreichen Fällen günstig beeinflusst, ja, sie gelten als das Symptom, das am häufigsten in unzweideutiger Weise günstig beeinflusst wird. In solchen Fällen beruhen sie wohl auf frischeren Prozessen, vor allem auf entzündlichen Vorgängen an den hinteren Wurzeln. Weiterhin wurde betont, dass die Rückbildung einer Ataxie unter der Einwirkung des Salvarsans gar nicht erwartet werden könne, da es sich hier um eine Ausfallserscheinung infolge von Untergang der Hinterstrangsfasern handle. Gewiss ist die Ataxie eine derartige Ausfallserscheinung, aber es braucht doch keine irreparable zu sein. Man muss annehmen, dass der vollständigen Zerstörung der Fasern ein Zustand der Schädigung vorausgeht, in welchem zwar die Funktion erheblich gestört ist, der aber der Rückbildung fähig ist. Auf jeden Fall sieht man unter dem Einfluss intensiver spezifischer Behandlungen Besserungen bestehender Ataxie, die über das Mass spontaner Schwankungen hinausgehen.

Auch eine ganze Reihe anderer tabischer Symptome sehen wir nicht selten unter dem Einfluss von Salvarsanbehandlung sich bessern, bzw. schwinden.

Eine andere Frage ist aber, ob diese Besserungen der tabischen Symptome in der Regel von Dauer sind. Es ist wohl anzunehmen, dass durch konsequente und intensive Fortbehandlung ein Stationärbleiben der erzielten Besserung erreicht werden kann. Zu einer solchen intensiven Fortbehandlung kommt es aber in der Praxis aus verschiedenen Gründen in den seltensten Fällen, unter Umständen auch durch das berechtigte Bedenken, dass man evtl. durch zureichende Behandlung irgend welchen Schaden stiften könnte. Treten aber Rückfälle ein, so sind dieselben entschieden nicht in gleichem Grade günstig beeinflussbar wie die zum ersten Mal behandelten Tabesfälle. Dies scheint für eine gewisse Arsenfestigkeit der überlebenden Spirochäten zu sprechen. Ich habe aber auch nach mässig starker Behandlung Stationärwerden des Krankheitsprozesses eintreten sehen, wo dies nach dem vorherigen Verlauf

der Krankheit nicht zu erwarten war. Dass das suggestive Moment das Hauptagens bei den Erfolgen der Salvarsanbehandlung sei, kann nicht angenommen werden. Der ausserordentlich in die Augen springende Rückgang der Liquor-Lymphozytose, wie auch bei intravenöser Behandlung häufig zu beobachten ist, spricht doch selbstverständlich für die direkte chemische Beeinflussung. Auffällig ist aber, dass der Eiweissgehalt kaum beeinflusst wird. Auch der Rückgang, resp. Schwinden der Plasmazellen konnte K. feststellen. Bei manchen auf Salvarsan sich bessernden Symptomen (z. B. bei okulistischerseits festgestellter beträchtlicher Erweiterung des Gesichtsfeldes in einem von K. beobachteten Falle von Tabes) kann man auf die Vermutung kommen, dass es sich hier nicht um echte tabische Symptome gehandelt hat, sondern um spätluetische, da ja die Kombination von Metalues mit tertiären Erscheinungen nicht selten ist. Gerade dieses Nebeneinandervorkommen bedingt aber die dringende Indikation, in jedem Tabesfalle eine Salvarsanbehandlung zu versuchen, wenn es sich nicht um an sich gutartige oder stationäre Formen handelt. Mindestens gilt dies für die ausgesprochenen fortschreitenden Fälle. Dasselbe gilt für die Paralyse. Es gibt Fälle, die unter dem klinischen Bilde der Paralyse verlaufen oder wenigstens von dieser unsicher zu trennen sind, die durch spezifische, insbesondere Salvarsanbehandlung einer so weitgehenden Besserung entgegengeführt werden könnten, dass sie nur noch einen stationären Defekt zeigen. Wahrscheinlich handelt es sich in diesen Fällen um luetische Pseudoparalyse. Mit Rücksicht auf eine solche, wenn auch entfernte Möglichkeit, ist der Versuch mit einer intensiven Salvarsanbehandlung bei jeder frischen Paralyse indiziert, selbst auf die Gefahr hin, bei ausbleibendem Erfolg eventuell sogar eine Beschleunigung des paralytischen Prozesses bei dem immer doch verlorenen Patienten herbeizuführen.

Betreffs der Technik ist auf das allerdringendste hervorzuheben, dass stets mit sehr kleinen Dosen begonnen werden muss, die Gesamtdosis aber eine grosse sein muss. Am besten ist, eine kurze Quecksilberbehandlung voraus zu schicken. Die grossen Anfangsdosen bringen die Gefahr einer Herxheimer-Reaktion, die am Zentralnervensystem zu den verhängnisvollsten Folgen führen kann. Todesfälle bei latenter Endarteriitis der Hirnarterien (wahrscheinlich ein Fall Hoffmann's), bei latenter Meningitis in Höhe des Zervikalmarks (wahrscheinlich in einem Fall Westphal's).

K. sah in einem Falle von latenter Tabes (Pupillenstarre und Areflexie, ohne subjektive Symptome nach einer dermatologischerseits vorgenommenen Injektion von 0,4 Salvarsan zwei Stunden später erstmalig die heftigsten und späterhin sehr hartnäckigen lanzinierenden Schmerzen auftreten.

Eine zu schwache Behandlung bedingt vielleicht die Gefahr baldiger Rezidive, die, wie gesagt, schwerer zu beeinflussen scheinen, bedingt auch vielleicht die Gefahr einer Förderung des metaluetischen Prozesses in Analogie zu den Vorgängen beim Neurorezidiv der Frühperiode. Ja, es erscheint — wie ich dies schon 1913 aussprach (Sitzung der Medizinischen Gesellschaft Leipzig, 19. November 1913, Diskussion zum Vortrag Riecke) — nicht ganz unmöglich, dass eine schwache Behandlung von Spätluetikern oder vielleicht überhaupt

der Luetiker eine spätere Entstehung metaluetischer Erkrankungen fördern kann. (Eigenbericht).

Herr Wichura (Schlusswort) glaubt seine Ansichten durch vieles, was in der Diskussion gesagt wurde, bestätigt.

2) Herr Anton-Halle: „Kopfröntgenbilder bei Entwicklungsstörungen“.

Der Votr. demonstriert einen Schädel mit Gehirn, wobei das Kleinhirn als minimaler Rest vermindert war und wobei die hintere Schädelgrube schlaff und schmal und mit knöchernen Auswüchsen gefunden wurde.

Dann ein Fall von Hypertrophie des Kleinhirns mit entsprechender Ausscheidung der hinteren Schädelgrube. In diesem Falle waren die Nebennieren verkümmert und die Thymus vergrößert.

Weiterhin demonstriert A. gegen 30 Schädelröntgenbilder: Mit Vergrößerung der Kleinhirngrube, mit auffälliger Verkleinerung derselben, mehrere Turmschädel mit Verbildung der Kleinhirngrube.

Endlich wurde das häufige Vorkommen partieller oder allgemeiner Lagunenschädel vorgezeigt.

Der Votr. gab folgende Zusammenfassung:

1. Die mangelhafte Ausbildung oder der frühzeitige Schwund des Kleinhirns bekundet sich durch Verkleinerung der hinteren Schädelgrube, durch kompensatorisches Knochenwachstum daselbst, mitunter auch durch steilen Winkel des Klivus.

2. Die übermässige Ausbildung des Kleinhirns ist desgleichen im Röntgenbilde erweisbar. Die oberen Grenzen sind durch den Sinus transversus und die dort befindliche Knochenleiste meist gut zu bestimmen.

Die Hypertrophie des Kleinhirns ist bei Entwicklungsstörungen viel öfter durch das Röntgenbild erweisbar als durch andere Untersuchungsmethoden. Sie ist nur in seltenen Fällen mit Stauungspapille und tumorösen Erscheinungen einhergehend.

3. Es ist möglich, durch genaue präzisierte Ebene das Verhältnis von Grosshirnraum zum Kleinhirnraum genauer zu bestimmen. Die planimetrische Abmessung des Grosshirnraumes und des Kleinhirnraumes sind am Röntgenbild möglich, wenn möglichst dieselben Ebenen eingestellt werden, um miteinander vergleichbar zu sein.

4. Bei Turmschädel ist Lagunenbildung am Hirnschädel sehr häufig zu finden und lässt, wenigstens zu einer Entwicklungsphase, ein Missverhältnis zwischen Schädelraum und Gehirn vermuten.

5. Bei Turmschädel sind auch andere Anomalien des Hirnschädels erkennbar, welche nicht nur durch vorzeitige Nahtverschliessung der Koronarnaht und der basalen Sychondrosis bedingt sind.

Der krankhafte Turmschädel ist eine Teilerscheinung einer allgemeinen Entwicklungsstörung, wobei die Drüsen mit Innensekretion in Betracht kommen.

6. Das Missverhältnis zwischen Schädelkapazität und Gehirnraum nach Rieger und Reichardt lässt sich schon beim Lebenden durch Schädelröntgenbilder anschaulich machen. Desgleichen sind die Venenstauungen, besonders an der konvexen Gehirnoberfläche am Röntgenbild sichtbar zu machen und daher bei Operationen eine praktisch verwertbare Grundlage, um die Venenstellen zu vermeiden.

7. Die Lagunenbildungen am Hirnschädel sind wahrscheinlich auch bedingt durch krankhafte Abänderung der Knochensubstanz selbst. Sie sind häufig auch bei Psychopathen ohne Schädelverbildung am Röntgenbilde nachweisbar.

3) Herr Strümpell-Leipzig: „Ueber Wilson'sche Krankheit“.

Votr. stellt der Gesellschaft den Kranken E. Heidenreich vor, den er in seiner Arbeit über „Wilson'sche Krankheit, Pseudosklerose“ (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde) ausführlich beschrieben hat. Die hervorstechendsten Symptome (Bewegungsarmut, die Muskelstarre, die abnormen Stellungsfixationen, der dadurch bedingte eigentümliche Gang, das leichte Zittern) werden demonstriert. Im Anschluss hieran bespricht Strümpell kurz die Symptomalogie der Erkrankung der extrapyramidalen motorischen Leitungsbahnen. Dient die Pyramidenbahn der Myodynamik, so dient die Linsenkernbahn vorzugsweise der Myostatik. Ihre Symptome sind daher vor allem Muskelfixation und Bewegungsstarre, Tremor, Athetose. Strümpell nennt diesen Symptomenkomplex den amyostatischen. Er findet sich bei der Paralysis agitans, der Pseudosklerose, der Wilson'schen Krankheit und der sogenannten Myastasia in ausgeprägteste Form, ausserdem aber auch teilweise bei Chorea und Athetose. Auch in den Fällen gewöhnlicher apoplektischer Hemiplegie spielen wahrscheinlich die amyostatischen Symptome zuweilen eine beachtenswerte Rolle neben den gewöhnlichen Pyramidenbahn-Symptomen.

(Eigenbericht).

Aussprache.

Herr Niessl v. Mayendorf-Leipzig: Ein anatomisches Glied dieses statischen Fasersystems kennen wir, es sind das die Bindearme, welche die Nervenkerne der Würmer mit den kontralateralen Nuclei rubri verbinden. Von hier steigen Bahnen durch die Linskerne in die Zentralwindungsgebiete, anatomisch verfolgbar in der hinteren Zentralwindung. Ein Kausalnexus zwischen der Unterbrechung dieser Faserung mit dem Auftreten choreatischer Zuckungen ist klinisch bewiesen (Benedikt'scher Symptomenkomplex). Da die Hysterie den funktionellen Ausfall motorischer und sensibler Leitungsbahnen als klinisches Charakteristikum an der Stirn trägt, so ist es durchaus gerechtfertigt, die Zitterphänomene bei den traumatischen Neurosen im Kriege auch auf eine funktionelle Ausschaltung zerebello-kortikaler Zusammenhänge zu beziehen.

4) Herr Pfeifer-Nietleben: „Ueber kortikale Blasenstörungen und deren Lokalisation bei Hirnverletzten“.

Beim Erwachsenen ist die Urinentleerung in erheblichem Grade vom Willen abhängig. Das Bestehen von zerebralen Blasenzentren ist schon früher

durch experimentelle Untersuchungen bei Tieren nachgewiesen worden. Auch klinische Beobachtungen über zerebrale Blasenstörungen wurden wiederholt schon in Friedenszeiten gemacht. Dagegen ist die Frage der Blasenstörungen nach Schussverletzungen des Gehirns noch nicht in ausführlicher Weise behandelt worden.

Votr. hat unter den ersten 200 Fällen, welche im Sonderlazarett für Hirnverletzte in Nietleben aufgenommen wurden, im ganzen 20mal Blasenstörungen im Anschluss an Hirnverletzung feststellen können. Die Schussverletzung des Gehirns betraf 7mal die linke, 6mal die rechte Grosshirnhemisphäre, in 7 weiteren Fällen waren beide Hemisphären betroffen.

Die Blasenstörungen bestanden im wesentlichen in Harnverhalten. Einige Male musste anfangs katheterisiert werden, einige Male kam es späterhin zur Ausbildung einer imperativen Inkontinenz. Die Blasenstörungen dauerten meist einige Wochen; ein wesentlicher Unterschied zwischen den linksseitigen und rechtsseitigen sowie zwischen den einseitigen und doppelseitigen Hirnverletzungen in bezug auf Intensität und Dauer der Blasenstörungen war nicht festzustellen.

Die kortikale Innervation der Harnblase ist demnach eine doppelseitige. Eine vorwiegende Bedeutung einer Hirnhälfte für die Innervation der Harnblase ist nicht anzunehmen. Der Sitz der kortikalen Blasenzentren ist im Rindengebiete der motorischen Region zu suchen. In allen Fällen, welche nach der Verwundung Blasenstörungen zeigten, hatte die Verletzung ihren hauptsächlichsten Sitz in der Gegend der Zentralwindungen und alle diese Fälle gingen mit zerebralen Motilitätsstörungen einher. Das Stirnhirn kommt als kortikale Innervationsstätte für die Harnblase nicht in Betracht.

Da eine erhebliche Zahl von Hemiplegien infolge von Schussverletzungen im Bereich der motorischen Rindenregion ohne Blasenstörungen verläuft, ist anzunehmen, dass das kortikale Blasenzentrum nur ein kleines Feld im Bereich der motorischen Rindenzone einnimmt, das der Zerstörung leicht entgehen kann. Der Sitz dieses Feldes ist in Uebereinstimmung mit klinischen Einzelbeobachtungen aus der Friedenszeit in der Gegend des Hüftzentrums, also in dem Rindengebiet zwischen Arm- und Beinzentrum zu suchen, nicht aber im Bereich des Beinzentums selbst, wie neuerdings Kleist und Förster auf Grund von Kriegsbeobachtungen annehmen. Hierfür spricht die Art und Ausbreitung der sonstigen motorischen Lähmungserscheinungen und der Sitz der Kopfverletzung. Bei den 13 Fällen von einseitiger Hirnverletzung mit Blasenstörung war in keinem Fall das Bein allein oder in vorwiegendem Masse von der Lähmung betroffen. Dementsprechend fanden sich auch die Schädelnarben bei fast allen diesen Fällen am mittleren oder zwischen dem mittleren und dem oberen Drittel der Zentroparietalregion lokalisiert. Bei den 7 Fällen von doppelseitiger Hirnverletzung handelte es sich stets um Triplegie mit entsprechender Schädelnarbe. Bei diesen Fällen war aber trotz der doppelseitigen Beinlähmung die Blasenstörung nicht schwerer als bei den Fällen von einseitiger Hirnverletzung.

Gegen den Sitz der kortikalen Blasenzentren im Bereich der motorischen Beinregion spricht besonders auch ein Fall von allerschwerster doppelseitiger

spastischer Beinlähmung ohne sonstige Lähmungserscheinungen und ohne die geringsten Blasenstörungen.

Bei diesem Fall fand sich auch eine durch Verletzung der sensiblen Beinregion an der hinteren Zentralwindung bedingte Sensibilitätsstörung von spinal-segmentärem Charakter. Die kutane Sensibilität war vom 9. Dorsalsegment abwärts beiderseits herabgesetzt, aber mit Aussparung der gesamten Genito-Analhaut. Dieser Umstand, im Verein mit dem Fehlen jeglicher Blasenstörung spricht dafür, dass auch das sensible kortikale Blasenzentrum an der hinteren Zentralwindung ebenso wie das motorische an der vorderen seinen Sitz an der Hirnrinde unterhalb des Beincentrums hat.

Aussprache.

Herr Niessl v. Mayendorf: Ich fand Gelegenheit einen Fall zu beobachten, welcher infolge einer Schrapnellverletzung an der Pfeilnaht des Schädels anfangs eine Lähmung der rechten Körperhälfte mit einer Fusslähmung der linken Seite kombiniert gezeigt hatte. Die rechtsseitige Hemiplegie besserte sich, die beiderseitige Fusslähmung spastischer Natur blieb unge bessert zurück. Bei einem operativen Eingriff wurde zerstörtes Gewebe aus der Gegend der Parazentrallappen entfernt. Der Mann hatte niemals Blasenstörungen.

Herr Foerster-Breslau.

Herr Pfeifer (Schlusswort): Der von Herrn Niessl angeführte Fall liefert eine sehr treffende Bestätigung meiner Beobachtung, dass Fälle mit schwerster Paraplegie der Beine infolge von doppelseitiger Verletzung der motorischen Beinregion der Hirnrinde völlig frei von Blasenstörungen sein können.

Fälle von über Jahre sich erstreckenden Blasenstörungen bei Hirnrindenverletzten mit Lähmung der Beine habe ich nie beobachtet. Bei meinen Fällen von Triplegie war die Blasenstörung in bezug auf Dauer und Intensität trotz der doppelseitigen Beinlähmung nicht schwerer als bei den einseitig Hirnverletzten. Nur in einem Fall dauerte die Blasenstörung über ein halbes Jahr an und zwar in Form von Inkontinenz, während es sich bei allen übrigen Fällen um Harnverhaltung, evtl. in vereinzelten Fällen mit gelegentlicher imperativer Inkontinenz handelte. Bei diesem Fall fanden sich aber, abgesehen von der Hirnrindenverletzung in beiden Grosshirnhemisphären, wie die Röntgenuntersuchung ergab, 15 Geschossplitter, so dass die Vermutung naheliegt, dass in diesem Fall auch das subkortikale Blasenzentrum im Sehhügel, dessen Erkrankung nach den Erfahrungen der Friedenszeit Inkontinenz verursacht, verletzt war.

5) Herr von Rohden-Nietleben: „Experimentelle Aufmerksamkeitsuntersuchungen an normalen und hirnverletzten Soldaten“.

Die Ausführungen des Vortragenden beschränken sich auf einzelne Ergebnisse von tachistokopischen Untersuchungen des optisch-sensoriellen Aufmerksamkeitsumfanges. Die Versuche wurden an 10 normalen und 70 hirnverletzten Soldaten mit dem Wundt'schen Falltachistoskop und dem mit einer neuen Zeitmessvorrichtung versehenen Netschajeff'schen Apparat angestellt. Als optische Reizobjekte dienten 1—6stellige Zahlen und sinnlose Konsonantenkomplexe. Die Expositionszeit betrug 30, bzw. 15 Sekunden. Das

Durchschnittsmass des von Cattel u. a. festgestellten Aufmerksamkeitsumfanges erreichten 56pCt. der normalen und 40pCt. der hirnerkrankten Soldaten. Für die Güte der tachistoskopischen Leistung ist nicht der Grad, sondern in erster Linie der Ort der Hirnschädigung massgebend. Unter der Voraussetzung, dass für das untersuchte Soldatenmaterial die simultane Erkennung von 3 Einheiten auch noch als normal gelten kann, zeigten die untersuchten normalen Soldaten sowie die stirnverletzten keine Einschränkung des Aufmerksamkeitsumfanges. Tachistoskopische Aufmerksamkeitsstörungen traten erst auf bei Rindendefekten in der Zentroparietalregion. Am kleinsten war der Aufmerksamkeitsumfang bei Scheitelhirnverletzten, ohne dass bei ihnen Sehstörungen nachzuweisen wären. Die äusserst dürftigen tachistoskopischen Leistungen der Okzipitalhirnverletzten sind nicht auf Aufmerksamkeitsstörungen, sondern auf Sehstörungen zurückzuführen. Hysterische Stirnverletzte zeigen einen in quantitativer und qualitativer Beziehung wohl charakterisierten Aufmerksamkeitsstypus, der von differentialdiagnostischer Bedeutung ist. Aus der Tatsache, dass bei Scheitelhirnverletzten die optische Aufmerksamkeit mehr geschädigt ist als bei allen anderen Hirnverletzten, soweit sie keine Sehstörungen aufweisen, dürfen irgendwelche lokalisatorischen Schlüsse hinsichtlich der Gesamtfunktion der sensorischen Aufmerksamkeit nicht gezogen werden. (Erscheint im Original.)

Aussprache.

Herr Niessl v. Mayendorf-Leipzig: Sowohl bei einseitigen als doppelseitigen Stirnhirnverletzungen sind psychische Ausfallssymptome von mir nicht beobachtet worden. Man darf nicht bloss die befallene Lokalität, sondern muss auch die Art der Verletzung in Betracht ziehen, da posttraumatische Neurasthenien und Kompressionsneurosen mit Aufmerksamkeitsstörungen einhergehen. Ehe man nicht diese Quelle der letzteren auszuschalten vermag, kann man den Aufmerksamkeitsdefekt nicht mit der Läsion einer bestimmten Hirngegend in kausale Beziehung bringen.

(Erwiderung auf die Diskussionsbemerkung Pfeifer's). Ich wollte nicht behaupten, dass psychische Veränderungen stets bei Stirnhirnverletzungen fehlen müssen, ich leugne nur, dass die im Kriege gewonnenen Befunde uns zwingen, diese psychischen Veränderungen als die Folge der Stirnhirnverletzungen aufzufassen. Es liegen keine statistisch einwandfreien Reihen vor, welche den Nachweis führen könnten, dass die typischen Veränderungen nicht als Symptome einer posttraumatischen Neurasthenie oder Kompressionsneurose auszuschliessen wären, also nichts mit der Stirnhirnläsion zu tun hätten. Die psychologisch-experimentellen Untersuchungen sind in der Regel zu fein, um die Grenze zwischen psychologischer Breite und pathologischer Abweichung sicher ziehen zu können, so dass deren Ergebnisse neue Aufschlüsse für lokalisatorische Zwecke erwarten liessen. Die exakten Untersuchungsergebnisse des Vortr. sprechen dem Stirnhirn eine psychische Funktion ab. Es erscheint mir gefährlich, veralteten Theorien zu Liebe unsere Erfahrungen zu deuten und Gall's zerebrale Organologie wieder aufnehmen zu lassen.

Herr Klien-Leipzig: Wenn der Herr Vortragende auf Grund seiner Experimente zu dem Resultat kommt, dass möglicherweise in dem parietalen Assoziationszentrum ein Aufmerksamkeitszentrum lokalisiert ist, so meint er damit wohl, was er nicht besonders hervorgehoben hat, nur ein Zentrum für die optische Aufmerksamkeit. Im übrigen ist zu bedenken, ob nicht die unter dem Parietallappen verlaufende Sehstrahlung möglicherweise durch die Verletzung des Parietallappens in einer Weise geschädigt sein kann, dass zwar Ausfälle im Gesichtsfeld fehlen, dass aber die Leitungsgeschwindigkeit in der Sehstrahlung herabgesetzt ist, ähnlich wie wir dies u. a. bei Druckschädigung und unter Erkrankung peripherer Nerven beobachten. Selbst eine sehr geringe Verminderung der Leitungsgeschwindigkeit könnte natürlich bei den tachistoskopischen Versuchen die Leistung herabsetzen. (Nachträglicher Zusatz: Vielleicht könnte durch tachistoskopische Versuche mit vergleichender Exposition der Objekte in der homolateralen und kontrolateralen Gesichtsfeldhälfte eine Klärung über diesen Punkt herbeigeführt werden.)

Herr Pfeifer-Nietleben: Der Vortragende hat auf Aufmerksamkeitsstörungen hingewiesen, die ich früher bei Fällen von Hirntumoren machen konnte. Es handelte sich dabei um 2 Fälle von Tumoren an der lateralen Seite des Parieto-Okzipitallappens, bei welchen die Aufmerksamkeit auf optische Eindrücke stark herabgesetzt war. Allerdings sei bemerkt, dass es sich bei meinen damaligen Feststellungen nicht um experimentell-psychologische Untersuchungen bei der Prüfung der Aufmerksamkeit handelte. Immerhin war in dem einen Falle eine Störung des Sehvermögens und in beiden Fällen eine Trübung des Bewusstseins als Ursache für die Aufmerksamkeitsstörung mit Sicherheit auszuschliessen.

Der Votr. ist auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen bei Hirnverletzten bezüglich der Lokalisation der Aufmerksamkeit zu ähnlichen Resultaten gelangt, wie ich selbst früher bei Hirntumoren, insofern als Aufmerksamkeitsstörungen bei den Stirnhirnaffektionen gar nicht, dagegen besonders bei den Affektionen der Parieto-Okzipitalregion hervortreten.

Ich möchte besonders noch nachdrücklich betonen, dass meines Erachtens eine allgemeine Herabsetzung der Aufmerksamkeit für alle Sinnesgebiete nicht in einem bestimmten Hirnteil lokalisiert werden kann. Bei meinen Fällen von Tumoren der seitlichen Scheitel-Hirnhauptgegend handelte es sich um eine Reduktion der Aufmerksamkeit speziell auf optischem Gebiete, und das trifft ja auch für die experimentell-psychologischen Untersuchungen des Votr. zu, wobei ebenfalls die Aufmerksamkeit speziell auf optische Reize geprüft wurde.

Herr Pfeifer-Leipzig: Der Diskussionsbemerkung des Herrn Niessl von Mayendorf habe ich entnommen, dass er die Ansicht vertritt, der Mensch könne selbst grösserer Mengen von Gehirnschubstanz verlustig gehen, ohne Ausfallserscheinungen d. h. Schädigungen in funktioneller Hinsicht zu zeigen. Diese Auffassung ist nicht neu und galt bis zu Kriegsbeginn ganz allgemein. Die Lehre von den stummen Ecken des Gehirns verdankt ihr die Entstehung. In der Tat gibt es Fälle von chirurgisch erwiesener Hirnverletzung, wo der übliche neurologische Befund vollkommen negativ ist und auch die klinische Beobachtung im Krankenhaus keinen krankhaften Befund feststellen

liess. Diesen Zwiespalt zu überbrücken war physiologisch und anatomisch ungeheuer schwer. Die Kriegserfahrung von Hirnverletzten lässt aber nun die sogenannten negativen Fälle in einem ganz anderem Lichte erscheinen. Es wäre doch zu erwarten gewesen, dass gerade diesen Hirnverletzten der Rücktritt in das Wirtschafts- und Berufsleben sehr leicht hätte fallen müssen, zumal ihre Entlassung aus dem Heeresdienste in sehr vielen Fällen begünstigt wurde. Das ist nun keineswegs der Fall. Es erwies sich sehr bald ihre gänzliche Unbrauchbarkeit beim Heere und nicht selten auch eine ganz unerwartete Herabsetzung ihrer Leistung im bürgerlichen Beruf. Dieser Umstand hat ja gerade dazu geführt, die neurologische Untersuchung durch experimentelle Hilfsmittel zu verfeinern und die klinische Beobachtung zu einer beruflichen Arbeitsbeobachtung zu erweitern. Wie konnte man aber auch von der klinischen Beobachtung im Krankenhaus Unmögliches verlangen? Sie ist ja in keiner Weise geeignet, in alle Nischen des Geisteslebens hineinzuleuchten. Mir ist ein Fall bekannt geworden, wo ein Fabrikdirektor eine Schussverletzung des Scheitelhirns davontrug und neurologischer Befund sowohl als klinische Beobachtung als negativ verzeichnet wurden. Und doch hatte die Persönlichkeit eine schwere Einbusse erlitten. Anscheinend gut geheilt vom Militär entlassen, bemerkte die Frau zu ihrem Erstaunen, wie ihr Mann, der früher die Seele des Fabrikbetriebes war, allmählich auch die wichtigsten Obliegenheiten in die Hände des Werkmeisters hinübergleitete. So kann selbst eine schwere Einbusse an Initiative am Krankenblatt glatt übersehen werden, während sie im Berufsleben offen zutage tritt. Jeder, der mit Hirnverletztenfürsorge zu tun hat, kann weitere Beispiele anführen. Wir sind deshalb vorsichtiger geworden. Bei chirurgisch erwiesener Hirnverletzung kann man nicht mehr ohne Bedenken sagen, es bestehen keine Ausfallserscheinungen, sondern nur so viel, dass man keine Ausfallserscheinungen gefunden hat.

6) Herr Pfeifer-Leipzig: „Einleitung und ärztliche Ueberwachung des Defektausgleiches bei Hirnverletzten“.

Die Sonderabteilungen für Hirnverletzte haben eine vierfache Aufgabe zu erfüllen: Die präzise Defektbestimmung, Einleitung und Ueberwachung des Defektausgleiches, die Rentenbegutachtung und die ärztliche und berufliche Beratung der Rentenempfänger. Der Defektausgleich, als einzige therapeutische Massnahme nach Ablauf der chirurgischen Behandlung, ist an sich schon geeignet die Sondereinrichtung zu rechtfertigen und bei gutem Erfolge auch rentabel erscheinen zu lassen. Es ist zweckmässig, von vornherein diejenigen Hirnverletzten, die nachchirurgisch behandelt werden müssen, zu trennen von denen, die dieser Behandlung nicht mehr bedürfen. Die Trennung ist eventuell ausschlaggebend für die Erreichung des Zieles. Auch frische Rekonvaleszenz und Epileptiker mit gehäuften Anfällen sind von der Unterrichts- und Arbeitstherapie auszuschliessen. Ihre zu frühe Belastung mit Arbeit kann zur Verschlimmerung des Leidens führen und hat jedenfalls sehr viel zur Befestigung des Vorurteils beigetragen, dass jeder Hirnverletzte der Schonung bedürfe. Die dadurch mögliche Schädigung des Arbeitswillens ist kaum wieder gut zu

machen, denn alle therapeutischen Massnahmen des Defektausgleiches sind Anpassungsvorgänge an neue Bedingungen und erfordern einen ganz energischen Willen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um den Erwerb von neuen Fertigkeiten, die nur durch ausdauernde Uebung erlernt werden können. Auf der Station wurde deshalb jeder Hirnverletzte möglichst hoch und bis zu 6 Stunden am Tag mit Arbeit belastet. Das hat sich glänzend bewährt.

Um einen Defekt auszugleichen, muss man ihn kennen. Die präzise Defektbestimmung ist daher Voraussetzung. Der frische Defekt, wie ihn z. B. Allers in seinem Buche schildert, sieht ganz anders aus als der Defekt des chirurgisch abgelaufenen Falles, wie ihn etwa Poppelreuter beschreibt, und grundverschieden ist jene Defektbestimmung unmittelbar vor der Entlassung, wenn die angewandten therapeutischen Massnahmen erfolgreich waren. In letzterem Falle wird der Defekt gewissermassen indirekt bestimmt durch die Beschreibung der wirklichen Restfunktionen des noch vorhandenen Gehirns. Im allgemeinen erscheint nämlich der Defekt viel zu gross. Die Ausfallserscheinungen werden durch Ausheilen der weniger betroffenen Hirngebiete und durch Uebungstherapie wesentlich geringer. Auch ein physiologischer Faktor spielt dabei eine Rolle. Das Leben an der Front nimmt die Leute persönlich mit. Durch die langwierige chirurgische Behandlung sind sie dann noch verurteilt zu dem willenlähmenden Rentierleben im Lazarett. Für einen Gesunden würde es unter solchen Umständen Ueberwindung kosten, im Leben und Beruf wieder tüchtig zu sein. Diese Schädigung der Persönlichkeit stört sehr bei der Defektbestimmung und führt zur Ueberschätzung des Erfolges beim Defektausgleich. Gleichwohl haben die therapeutischen Massnahmen mit der Behebung dieser Schäden einzusetzen. Die systematisch betriebene Uebungstherapie verspricht Erfolg auf dem Gebiete der sensorischen und motorischen Aphasie, der hemianopischen Sehstörung, den dynamischen Muskelstörungen usw. Ein besonderes Problem für sich bildet die Hebung der Geschicklichkeit der linken Hand bei Rechtsgelähmten. Ref. erläutert das an der Linkshänderschrift, die er zu Versuchszwecken an Analphabeten studierte.

Der Not gehorchend hat die Medizin auf dem Gebiete der Uebungstherapie Fühlung genommen mit der sogenannten Heilpädagogik. Darin liegt aber eine Gefahr, weil es verfehlt ist, den Unterricht bei den Hirnverletzten gleich auf den Schwachsinn einzustellen. Die richtige Methodik ist nur aus der Zusammenarbeit des Pädagogen mit dem Arzt zu entwickeln.

Die gesamten gemachten Erfahrungen laufen darauf hinaus, dass die Therapie des Defektausgleiches keinesfalls aussichtslos ist. Im Grunde genommen hängt es damit zusammen, dass der Hirnverletzte, abgesehen von einzelnen sehr schweren Fällen, eben nicht vollkommen ausserhalb des Rahmens der Gesunden steht und die Einbusse eine so grosse ist, dass er unter jeder Schlechtleistung der Normalen herabsinkt. Mit Hilfsmitteln der experimentellen Psychologie lässt sich nachweisen, dass die Mehrzahl der Hirnverletzten mit ihren Leistungen noch in die Variationsbreite der Gesunden hineinfallen. Ref. erläutert das an einer graphischen Darstellung.

Zu einem geradezu verblüffenden Ergebnis führte z. B. die Prüfung der Hebebückerarbeit mittels der Poppelreuter'schen Eimerprobe. Schon während der Eichung des Verfahrens durch Gesunde (Ärzte, Lazarettpersonal) drängten sich Hirnverletzte heran und wollten die Sache auch einmal probieren. Dem Wunsche wurde mit List nachgegeben und es entfachte sich auf der Station von selbst eine Art Sporteifer, indem sich die Hirnverletzten an Leistungen zu übertreffen versuchten. Bei ganz exakter Ausführung der Probe leistete ein schwer aphasischer Hirnverletzter 900 Hebungen, was einer körperlichen Dauerarbeit von $2\frac{1}{2}$ Stunden entspricht. Die vorgeführte graphische Darstellung der Ergebnisse zeigt, dass die Hirnverletzten mit ihren Leistungen bei der Hebebückerarbeit nicht so schlecht gestellt sind wie Poppelreuter annimmt und dass das Experiment zugunsten Goldstein's spricht, der es für unbedenklich hält, den Hirnverletzten auch das Gebiet der landwirtschaftlichen Arbeit zu erschliessen.

Aussprache.

Herr Pfeifer-Nietleben: Eingehende experimentell-psychologische Untersuchungen der Hirnverletzten sind, abgesehen von deren hoher Bedeutung für die wissenschaftliche Erforschung der Hirnfunktionen, auch von grosser praktischer Wichtigkeit als Grundlage für die pädagogische Behandlung, die Werkstättenbeschäftigung und Begutachtung der Hirnverletzten. Wir dürfen uns nicht mehr wie früher bei der Untersuchung organischer Nervenkranker damit begnügen, die klinisch nachweisbaren lokalen und allgemeinen Ausfallserscheinungen festzustellen. Wir müssen uns ein möglichst genaues Urteil über den Grad der durch die Hirnverletzung bedingten Herabsetzung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zu verschaffen suchen, und zwar auf Grund von experimentell-psychologischen Untersuchungen. Es ist namentlich Poppelreuter's Verdienst, diese Forderung zuerst eindringlich gestellt zu haben.

Andererseits dürfen aber die Aufgaben der Hirnverletztenlazarette nicht auf die experimentell-psychologischen Untersuchungen und auf die Unterrichts- und Werkstättenbehandlung beschränkt werden. Die ärztlich-klinische Behandlung der Hirnverletzten muss voll zu ihrem Recht kommen. Es dürfen nicht Kranke von der Aufnahme ausgeschlossen werden, weil sie an Epilepsie leiden und deshalb für die Uebungsschule und Arbeitstherapie nicht geeignet sind. Für ärztliche sorgfältige Ueberwachung und Behandlung der Epileptiker und Schwergelähmten muss besonders gut gesorgt werden. Vor allem muss in allen geeigneten Fällen chirurgische Behandlung stattfinden und zwar nicht nur bei Spätabzessen und traumatischer Epilepsie, sondern auch besonders bei den spastischen Lähmungen durch Vornahme der von Foerster angegebenen Operationsmethode an den hinteren Rückenmarkswurzeln und an den gelähmten Extremitäten selbst.

7) Herr Dehio-Zschadrass: „Ueber Hayner“.

Herr Dehio zeigt eine Nachbildung einer Tonbüste des ersten Direktors der Landesheilanstalt Colditz, Dr. Hayner, die von den ersten Colditzer Ton-

werken, Thomsberger und Hermann in Colditz, hergestellt worden ist und von dort bezogen werden kann.

Hayner war, bevor er im Jahre 1829 die Anstalt Colditz einrichtete, Arzt an der damaligen Versorgungsanstalt Waldheim i. S. und hat als solcher im Jahre 1817 eine kleine Schrift veröffentlicht: „Aufforderung an Regierungen, Obrigkeiten und Vorsteher der Irrenhäuser zur Abstellung einiger schwerer Gebrechen in der Behandlung der Irren.“ In dieser Schrift wendet er sich in warmer, menschlich packender Weise gegen die damals übliche Behandlung der Irren durch Fesselung mit Ketten, körperliche Züchtigungen und durch rohes, ungebildetes Personal. Seiner Zeit weit vorausseilend hat er schwere Bedenken gegen die verschiedenen Zwangsmittel, und er kann die Zwangsjacke nur für besonders schwierige Fälle und unter Anwendung besonderer Vorsichtsmassnahmen empfehlen. Als geeignetes Hilfsmittel für die erste Versorgung der Geisteskranken schlägt er das Autenriet'sche Palisadenzimmer vor, die Urform des späteren Isolierzimmers, die aber in ihrer ursprünglichen Bauart die dauernde Ueberwachung des Kranken durch Pfleger gestattet. In kurzen Leitsätzen gibt er weiter Anweisungen für den Umgang mit Geisteskranken, bestimmt für die Wärter, die in ihrer knappen und doch warmen Form sehr wohl noch jetzt für die erste Unterweisung des Pflegepersonals brauchbar sind. Seine Gedanken und Anregungen sind unzweifelhaft mit massgebend gewesen beim Aufbau der sächsischen Anstaltspflege unter dem Minister von Nostitz und Jänkendorf.

8) Herr Sommer-Giessen: „Optisches Gedächtnis“.

Sommer geht von der Untersuchung eines überwertigen optischen Gedächtnisses aus, die er in dem Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie 1916 beschrieben hat. Die Methode besteht darin, dass der Versuchsperson 25 Figuren, in 25 Feldern eines Quadrats geordnet, exponiert werden. Sommer vereinfacht die Methode dadurch, dass er das Schema in verkleinerter Form auf ein Blatt drucken liess, auf dem sich gleichzeitig ein Quadrat mit 25 leeren Feldern zum Eintragen der behaltenen Figuren findet.

Die behandelte Versuchsperson, der bekannte Rechner Dr. Rückle, konnte nach der ersten Exposition von durchschnittlich 2 Sekunden (zusammen 50 Sekunden) 7 Figuren richtig, 6 halbrichtig reproduzieren, wobei 12 Figuren in die richtigen Felder lokalisiert waren. Sommer suchte nun weiter normale Vergleichswerte zu gewinnen, indem er eine Anzahl von Hörern seines Kollegs über „Experimentelle Psychologie“ (Studenten und Studentinnen) untersuchte. Die bei Dr. Rückle angewandte Expositionszeit von 2 Sekunden erwies sich dabei als zu kurz. Bei Exposition von durchschnittlich 6 Sekunden für jede Figur d. h. von $2\frac{1}{2}$ Minuten merken diese Versuchspersonen im allgemeinen 8—10 von 25 Figuren richtig, ausserdem noch durchschnittlich 2 halbrichtig. Die richtige Lokalisation geschieht relativ seltener, nämlich durchschnittlich etwa in 6 Fällen bei der genannten Zahl von formell richtigen oder halbrichtigen Erinnerungsbildern. Im Hinblick auf diese normalen Zahlen hat sich bei pathologischen Fällen eine Reihe von charakteristischen Abweichungen und Störungen ergeben.

(Eigenbericht.)

9) Herr Klien-Leipzig: „Zur Frage nach dem anatomischen Verlauf und der Leitungsrichtung der Olivenbahn“.

Klien demonstriert Präparate von einem Fall von Kleinhirnapoplexie, aus denen hervorgeht, dass die Olivenbahn aus aufsteigenden und absteigenden Fasern zusammengesetzt ist, die in der Oblongata einen im wesentlichen getrennten Verlauf nehmen, in denen die aufsteigenden Fasern die Oliven durch den Hilus verlassen, die absteigenden dagegen in den „Biretropyramidalen Bogenfasern“ beide Oliven umschliessen, um dann von aussen durch das Amikulum in die kontralaterale Olive einzutreten. Die aufsteigenden Fasern unterliegen einer besonders starken retrograden Degeneration, weshalb bei einer Unterbrechung der Olivenbahn im Strickkörper oder oberhalb beide Systeme hochgradig entarten. Bei primärer Erkrankung der Oliven findet man dagegen nur eine starke Degeneration der Hilusfasern bei relativ viel geringerer Entartung der Olivenfasern im Strickkörper und Kleinhirn (Foix, Marie). Hier sind eben die biretropyramidalen absteigenden Fasern nicht nennenswert degeneriert. Für die absteigende Leitungsrichtung des biretropyramidalen, von aussen in die Olive eintretenden Faserzuges spricht auch der aus Golgipräparaten erhobene Befund, dass die Olivenzellen ihre Azone fast durchaus in den Hilus aussenden.

Die dem Kleinhirnherd kontralaterale Olive war regionär in sehr verschiedenen Graden atrophisch. Die Lokalisation dieser Atrophie in Gegenüberstellung zu der Lokalisation des Kleinhirnherdes sprach dafür, dass die von Henschel und Stuart-Holmes behauptete Projektion bestimmter Olivenanteile auf bestimmte Kleinhirnrindenanteile zu Recht bestehen. — Den von diesen Autoren festgestellten Beziehungen wäre noch hinzuzufügen, dass die kaudaleren Abschnitte des Kleinhirns auch den kaudaleren Teilen der Olive entsprechen. An umschriebenerer Stelle war auch die homolaterale Olive erkrankt (ausführlich wird dieser Fall veröffentlicht in einer demnächst in der Monatsschr. f. Neurolog. und Psychiatr. erscheinenden Arbeit: „Ueber den anatomischen Befund eines Falles von kontinuierlichen Krämpfen der Schlingmuskulatur nach Kleinhirnapoplexie usw.“).

10) Herr Pfeiffer-Leipzig: „Ueber rhythmische Schlingmuskelerkrämpfe“ (mit Krankenvorstellung).

Kontinuierliche, rhythmische Krämpfe der Schlingmuskulatur sind nicht so selten, wie man früher annahm. Seit die Aufmerksamkeit darauf eingestellt worden ist, werden sie häufiger beobachtet. Klien gebührt das Verdienst ihre Abhängigkeit von Kleinhirnherden nachgewiesen und den anatomischen Zusammenhang am Sektionsbefund bei einer Reihe von klinisch beobachteten Fällen dargetan zu haben. Was den vorzustellenden Fall besonders interessant macht, ist der Umstand, dass hier die drei anderen Ursachen, aus denen solche Krämpfe entstehen können, nämlich Hysterie, reflektorische Erregung vom Ohr aus und Erkrankung der motorischen Kerne ausgeschlossen werden können, während als wahrscheinliche Ursache die Kleinhirnverletzung in Frage kommt, da das gesamte Krankheitsbild von ausgesprochenen Kleinhirnsymptomen be-

herrscht wird. Die Untersuchung ergibt seit etwa einem Jahr: Am linken Hinterkopf dicht oberhalb der Haargrenze breitflächige Narbe. Am knöchernen Schädel in Höhe des Warzenfortsatzes und zwar dicht dahinter ist ein 3 cm langer und 2 cm breiter Spalt durchzutasten, der von einer Trepanationsöffnung herrührt. Bei der Operation im Feldlazarett war aus der Wunde reichlich Hirnmasse hervorgequollen. Die Wunde ist glatt verheilt und es bestehen von seiten des Nervensystems folgende Erscheinungen: Beim Drehen des Kopfes nach links und beim Bücken und Schwindel mit der Neigung hinzufallen, beim schnellen Gehen leichtes Taumeln nach links, sowie auch Abweichung der Gangrichtung nach links. Unmittelbar nach der Verletzung war angeblich die ganze linke Seite gelähmt. Jetzt besteht nur noch eine deutliche motorische Schwäche der linken Hand und des linken Beines. Bei extremer Blickstellung nach rechts leichter horizontaler Nystagmus, nach links langsamer, jedoch rotatorischer Nystagmus. Die Motilität der Zunge ist beeinträchtigt. Sie kann herausgestreckt, aber nur mühsam hin und her bewegt werden. Demzufolge ist die Sprache verlangsamt. Der Gesichtsausdruck ist maskenartig starr, da die mimische Muskulatur, ohne gelähmt zu sein, an Beweglichkeit eingebüsst hat. Spontanes Vorbeizeigen nach links im linken Hand-, Ellenbogen- und Schultergelenk. Besonders auffallend sind halbseitige klonische, rhythmische Zuckungen des Gaumensegels und der Rachenwand links. Auch am linken Stimmband sind synchron mit den rhythmischen des Gaumensegels und der Rachenwand Zuckungen angedeutet. Diese rhythmischen Krämpfe bestehen seit dieser Zeit unverändert fort und werden vom Pat. nicht empfunden. Auch die Zahl der Zuckungen, etwa 140 pro Minute, hat sich während der langen Beobachtungszeit nicht geändert. Ein Zusammenhang dieser klonischen, rhythmischen Krämpfe mit der Kleinhirnverletzung scheint unverkennbar.

11) Herr Sommer-Giessen: „Behandlung von Muskelstörungen mit Metallfedern“.

Sommer erörtert zunächst die Folgen, die sich bei Lähmung einzelner Muskeln durch die antagonistische Kontraktur ergeben. Im Kriege haben sich solche Fälle besonders bei peripherischen Verletzungen ausserordentlich gehäuft. Besteht die Antagonistenkontraktur längere Zeit bei Dehnung des gelähmten Muskels, so trifft dieser bei eintretender Besserung, z. B. infolge elektrischer Behandlung, auf sehr ungünstige mechanische Bedingungen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Lähmung möglichst bald auszugleichen, während in Wirklichkeit oft eine Reihe von Monaten, z. B. bei Peroneuslähmungen, bis zur Korrektur durch orthopädische Schuhe vergeht. S. verwendet daher möglichst frühzeitig Metallfedern, die nach genauem Studium der Ausfallserscheinungen im einzelnen Fall so angebracht werden, dass sie die Funktion der gelähmten Muskeln ersetzen. Vielfach haben Lähmungen infolge von Nervenverletzungen, z. B. an den Beinen, auch indirekte weitgehende Folgen in Bezug auf Haltung der Patienten. Mit Hilfe der Metallfedern lassen sich häufig bei solchen organischen Krankheiten wesentliche Besserung erzielen und günstige Bedingungen für die Wiederherstellung der Funktion der gelähmten

21. Versammlung (Kriegstagung) mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen. 305

Muskeln schaffen. Bisher hat S. 14 Fälle, unter denen Verletzungen der peripherischen Nerven, des Rückenmarks und des Gehirns sind, in dieser Weise behandelt. (Eigenbrriocht.)

Aussprache: Herr Quensel warnt davor, die Metallfedern bei funktionellen Leiden anzuwenden.

12) Herr Krapf-Kreischa: „Ueber die Behandlung der Kriegsneurosen“.

Ref. berichtet über 450 in seinem Neurotiker-Lazarett behandelte Fälle von Kriegsneurosen verschiedener Art, von denen nur 2 als ungeheilt, 28 erheblich gebessert und alle übrigen als völlig symptomfrei entlassen werden konnten. Er bevorzugt die von Kehler angegebene Methode des sogenannten Zwangsexerzierens, die mit der Kaufmann-Methode eng verwandt sei. Das wirksame Prinzip beruht in der Anwendung energischer suggestiver Massnahmen bei gleichzeitiger Ausnutzung des dem Soldaten anerzogenen Subordinationsgefühls unter steter sorgfältiger Pflege der „psychischen Atmosphäre“ des Lazarets. Ebenso wichtig, wie die Symptombefreiung selbst ist der zweite Teil der Behandlung: die Anhaltung zu geordneter intensiver Arbeit in kriegswirtschaftlichen Betrieben. Die etwa 6wöchige Bewährungsfrist wirkt erfolgreich und ermöglicht gleichzeitig eine einwandsfreie ärztliche Beurteilung hinsichtlich der Leistungsfähigkeit.

Votr. kommt hierauf auf die schweren Psychopathen und die Krampfhysteriker zu sprechen und auf diejenigen, die aus irgend einem Grunde, meist wegen unbotmässigen oder gewalttätigen Verhaltens dem Lazarett überwiesen werden, und ist der Meinung, dass auch diese Kranken durchaus im Neurosen-Lazarett behandelt werden können, vorausgesetzt allerdings, dass entweder das Lazarett einer geschlossenen Anstalt angegliedert ist oder dass zum mindesten die Möglichkeit einer sofortigen Ueberführung in eine geschlossene Anstalt besteht. Die günstigen Erfahrungen, welche Raether-Bonn mit der Behandlung schwerer hysterogener Seelenstörungen nach der Kaufmann-Methode gemacht hat (Mendelsches Zentralbl. 1918, Nr. 5), kann Vortragender auf Grund seiner Erfahrungen durchaus bestätigen.

Votr. vergleicht alsdann die Methode der Wachbehandlung mit der Hypnose und bezeichnet die hypnotische Behandlungsform als die wissenschaftlichere, hingegen die scharfe Kur als die im allgemeinen dem Neurotiker-Material gegenüber angebrachtere, da doch ein nicht geringer Prozentsatz schlechten Willens bzw. von Mangel an Willen zum Symptomüberwinden in Rechnung zu setzen ist. Den sensitiven weichlichen Hysteriker gegenüber erscheint allerdings jede mildere Methode gegenüber der lauten und schroffen angezeigt, während auf den Bildungsgrad des zu Behandelnden nur hinsichtlich der suggestiven Vorbereitung Rücksicht genommen zu werden braucht. So wurden vom Votr. 20 Offiziere mit vollem Erfolg nach der Methode des Zwangsexerzierens behandelt und geheilt.

Zum Schluss äussert Votr. seine Bedenken hinsichtlich der Zukunft, wo einerseits die Rentenkampfhysterie sicherlich eine grosse Rolle spielen wird

und andererseits nach Beendigung des Krieges das Subordinationsverhältnis und die Möglichkeit der Wiedereinziehung in Wegfall kommen. Leute mit „defektem Gesundheitsgewissen“ werden bei fehlender Möglichkeit der Anwendung von Zwangsmassnahmen einer psychischen Behandlung und Erziehung schwer zugänglich sein. (Eigenbericht.)

13) Herr Jolly -Nürnberg: „Ueber Polyneuritis bei Soldaten“.

Erster Fall: 20jähriger Kanonier, April 15 Abschürfung am linken Knie, die vereiterte, machte trotzdem weiter Dienst. Seit Anfang Juni pelziges Gefühl in den Zehen, an den Fusssohlen, taubes Gefühl in den Fingerspitzen. Mitte Juni wieder Fieber, Entleerung von Eiter durch Inzision in der Leisten-gegend. Konnte nicht mehr gut gehen. Bei Untersuchung am 24. 6. taubes Gefühl vom Ende der Wirbelsäule bis in die Füße, besonders an der Rückseite der Beine, taubes Gefühl in den Fingerspitzen, Kraftlosigkeit und Unsicherheit in den Beinen, Schmerzen in denselben. Keine Blasenstörung. Objektiv Schmerz- und Berührungsgefühl an den Fingerspitzen herabgesetzt, sonst obere Extremität frei. Beide Beine schwere, schlaaffe Lähmung; soweit Bewegungen ausgeführt wurden, nur unter starkem Schwanken; von oben nach unten zunehmend Schmerz- und Berührungsempfindung in den Beinen abgestumpft. Lagegefühl in den Zehen gestört. Waden und Ischiadii auf Druck empfindlich. Kniereflexe fehlten, Achillesreflexe ganz schwach. Allmählich Besserung. Pat. jetzt im Felde, bei Nachuntersuchung vor kurzem objektiver Befund frei, subjektiv etwas taubes Gefühl an der Rückseite der Beine und grössere Ermüdbarkeit derselben.

Zweiter Fall. 23jähriger Kanonier, Januar 16 Furunkulose, nach einiger Zeit Schmerzen in den Waden, es fiel das Gehen schwer. Keine Blasen- und Mastdarmstörung. Bei Untersuchung im April ausgedehnte Hautnarben von Furunkulose, Sehnenreflexe an Armen und Beinen nicht auszulösen, Wadenmuskulatur sehr schlaff, Gang unsicher mit hängender Fusspitze, Zielbewegungen unsicher ausgeführt. Keine stärkere Druckempfindlichkeit, Sensibilitätsstörungen fehlten; offenbar war der Höhepunkt schon überschritten. Die Reflexe kamen allmählich wieder, auch der Gang war wieder normal.

Dritter Fall: Anfang 1916 Furunkulose, Mai doppelseitige Akkommodationsparese, taubes Gefühl im Munde, Erschwerung des Sprechens und Schluckens. Diese Erscheinungen verschwanden, es kamen zur schlaffen Lähmung der Beine mit Verlust der Sehnenreflexe, Sensibilitätsstörung und Druckschmerz an den Beinen. Keine Blasen- und Mastdarmstörung. Narben von Furunkulose und Hauteiterungen. Allmähliche Heilung.

Die Besonderheit derselben liegt in der Aetiologie. Bei Fehlen der Sehnenreflexe wird man, besonders bei Soldaten, auch an Furunkulose bzw. Hauteiterungen und dadurch bedingte Polyneuritis denken müssen.

Röper: Fragt, ob es sich bei dem einen Fall nicht um Wundphtherie gehandelt haben könne.

Jolly: Es ist nur eine subjektive Anamnese vorhanden.

XIV.

**43. Wanderversammlung der Südwestdeutschen
Neurologen und Irrenärzte am 25. und 26. Mai 1918
in Baden-Baden.**

Anwesend sind die Herren:

Aigner-München, Arndt-Strassburg, Leopold Auerbach-Frankfurt a. M., Sigmund Auerbach-Frankfurt a. M., H. Bade-Mannheim, Barbo-Pforzheim, Bauer-Baden-Baden, Bäuml-Freiburg, Beetz-Stuttgart, Bender-Mannheim, Berliner-Giessen, Bethe-Frankfurt a. M., Beyer-Roderbirken, Böhs, Brill-Frankfurt a. M., Buttersack-Heilbronn, Damköhler-Klingenmünster, Deetjen-Wilhelmshöhe, Dillenburg-Strassburg, G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M., Dreyfus-Mülhausen, Duhr-Baden-Baden, Ebers-Baden-Baden, Eccard-Frankenthal, Edzard-Strassburg, v. Ehrenwall-Ahrweiler, Erb-Heidelberg, Erlenmeyer-Bendorf-Coblenz, Feldbausch-Emmendingen, Friedmann-Mannheim, Freund-Strassburg, Freund-Tübingen, Fürstenheim-Frankfurt, Gerhardt-Würzburg, Gierlich-Wiesbaden, Giese-Baden-Baden, Glitsch-Herrenalb, Gratz-Karlsruhe, Gross-Rufach, Gross-Schussnried, Goldstein-Frankfurt a. M., Haardt-Emmendingen, Haenel-Strassburg, Hagmann-Coblenz, Hahn-Baden-Baden, Happich-Heidelberg, Hauptmann-Freiburg, Haymann-Konstanz, Hedinger-Baden-Baden, Heinsheimer-Baden-Baden, Hellmann-Frankfurt a. M., Hetzel-Wiesbaden, Hoche-Freiburg, Hoffmann-Heidelberg, Hoestermann-Karlsruhe, Hübner-Bonn, Hügel-Klingenmünster, Jaeger-Konstanz, Jähnel-Frankfurt a. M., John-Hirsau, F. Kaufmann-Mannheim-Ludwigshafen, Klee-Karlsruhe, König-Bonn, Koschella-Stuttgart, Kraft-Baden-Baden, Laenderheimer-Alsbach-Darmstadt, Lasker-Freiburg, Leva-Strassburg, Hugo Levy-Stuttgart, Lydtin, Mangold-Freiburg, Mann-Mannheim, K. Eduard Mayer-Ulm, W. Mayer-Tübingen, O. B. Meyer-Würzburg, Müller-Baden-Baden-Basel, Leo Müller-Baden-Baden, L. R. Muth-Würzburg, Mönckeberg-Strassburg, Naunyn-Baden-Baden, Nobiling-München, Nonne-Hamburg, Obkirchner-

Baden-Baden, Offenbacher, Ollendorf-Berlin, zurzeit Wald bei Solingen, van Oordt-Karlsruhe, Pfersdorff-Strassburg, K. Pfunder-Cöln, Pletzer-Bonn, Raecke-Frankfurt a. M., Rath-Baden-Baden, Reichardt-Würzburg, Rietscher-Würzburg, Roith-Baden-Baden, Rosenfeld-Strassburg, Rostoski-Dresden, Seitz 5. Bayer. Ers.-Regt., v. Szily-Freiburg, Schottelius-Freiburg, Schmitt-Augsburg, Schneider-Illeben, Schultze-Bonn, Schultze-Frankfurt a. M., Schultze-Göttingen, Schwenninger-Reichenau, Stark-Karlsruhe, Steckelmacher-Heidelberg, Steiner-Karlsruhe, Steiner-Strassburg, Stenger-Bayr. Res. Pion. Komp. 21, Stern-Strassburg, A. Stoffel-Mannheim, Edda Stoffel-Mannheim, Thoma-Illeben, Thorspecken-Rastatt, Volhardt-Mannheim, Völker-Baden-Baden, Wallenberg-Danzig, Weichbrod-Frankfurt a. M., Max Weil-Stuttgart, Weimann-München, Weintraud-Wiesbaden, Wollenberg-Strassburg, Zacher-Baden-Baden.

Folgende Herren haben die Versammlung begrüsst bzw. ihr Fernbleiben entschuldigt:

Eschle-Sinsheim, v. Hecker, Obergeneralarzt, Sänger-Hamburg, Aschaffenburg-Cöln, Steinthal, Weygandt-Hamburg, v. Monakow-Zürich, Westphal-Bonn, Römheld-Hornegg, Friedländer-Kreuznach, Generalarzt Gillet-Strassburg.

I. Sitzung am 25. Mai, nachmittags 2 Uhr.

Der Geschäftsführer Prof. Gerhardt-Würzburg eröffnet die Versammlung und begrüsst die Anwesenden. Er gedenkt des im letzten Jahre verstorbenen Prof. Edinger-Frankfurt a. M., zu dessen Ehren sich die Versammlung von ihren Sitzen erhebt.

Zum Vorsitzenden der ersten Sitzung wird Geheimrat Schultze-Bonn, der zweiten Sitzung Geheimrat Wollenberg-Strassburg, der dritten Sitzung Geheimrat Hoche-Freiburg gewählt.

Schriftführer: Privatdozenten Hauptmann-Freiburg und Steiner-Strassburg.

Es halten

Vorträge:

1) Herr Stoffel-Mannheim: „Ueber die operative Versorgung der Lähmungen nach Nervenverletzungen bei undurchführbarer oder missglückter Nervenoperation“. (Mit Vorführung von Kranken, Tafeln und Modellen.)

Bei Sehnenüberpflanzung bei völliger Radialislähmung vermeidet St. grundsätzlich alle starren Fixierungen, Tenodesen, Sehnenverkürzungen. Die Tenodese der Handstrecker verwirft er unbedingt. Wenn man eine derart wunderbare aktive Dorsalflexion der Hand erzielen kann, wie sie die vorge-

stellten Patienten aufweisen, dann darf man nicht zu einer stark verstümmelnden Operation, welche die aktive Beweglichkeit im Handgelenk dauernd aufhebt, greifen. Das Gleiche gilt für die Fingerstrecker und die langen Daumenmuskeln.

St. überpflanzt den *M. flex. carp. rad.* auf *M. ext. carp. rad. brev.*, den *M. flex. dig. subl. III* auf *M. abd. poll. long. et. ext. poll. brev.*, den *M. flex. carp. uln.* auf *ext. dig. com. et ext. poll. long.*

St. stellt noch einige Sehnenüberpflanzungen bei teilweiser Radialislähmung vor.

Um das Hängen der Finger vor allem des Zeigefingers zu verbessern, machte er folgenden kleinen Eingriff: erverschob die Insertion der *Mm. interossei dorsales* auf die Streckseite der Finger und wandelte somit den Abzieher und Beuger zu einem Strecker der Grundphalanx um. Der Erfolg übertraf eigentlich die Erwartung. Die Patienten zeigen, dass durch die Muskelkontraktion ein energischer Zug im Sinne der Streckung auf die Grundglieder ausgeübt wird. Der Eingriff eignet sich aus anatomisch-physiologischen Gründen vor allem für den Zeigefinger.

Wenn bei einer Ulnarislähmung eine störende Krallenstellung der Finger vorliegt, dann lässt St., um wieder teilweise Streckfähigkeit der Mittel- und Endphalanx zu erzielen, die Endsehne des *Ext. digt. comm.* bis zum Nagelglied weiterlaufen. Aus der *Fascia lata* wird ein langer schmaler Streifen geschnitten, der in der Höhe des Mittelhandgrundgelenkes an der Sehne des Fingerstreckers angenäht, subkutan bis zum Endglied durchgezogen und hier periostal befestigt wird. Selbstverständlich müssen Kontrakturen und Versteifungen vorher beseitigt sein. In erster Linie eignen sich passiv gut bewegliche Finger dazu. Es liegt auf der Hand, dass völlige Streckung nicht erzielt werden kann, aber eine wesentliche Besserung ist zu verzeichnen.

Es wird immer noch viel zu wenig beachtet, dass nach der Nervenoperation die gelähmten Muskeln nicht überdehnt werden dürfen. Deshalb tritt St. dafür ein, dass man lebende Radialisschienen, lebende Peroneusstützen schafft, die gegen den Willen des Arztes niemals abgelegt werden können. Er schneidet aus der *Fascia lata* am Oberschenkel ein 25 cm langes und 8 cm breites Faszienstück, das fünffingrig ist, aus. Das breite Teil wird periostal am Unterarm befestigt, die fünf Zipfel werden subkutan bis zu den Grundgliedern der 4 Finger und des Daumens durchgezogen und hier angenäht. Nur wenn Versteifungen der Grundglieder in Streckstellung vorliegen, werden die Finger nicht versorgt, dann schafft er nur eine Stütze für die Hand und den Daumen: ein Lappen mit drei Zipfeln wird in diesem Fall genommen.

Diese Faszienplastik wird gleichzeitig oder kurz im Anschluss an eine Nervenoperation vorgenommen. Nach Wiederkehr der Nervenleitung wird die Faszie wieder durchtrennt. Ist die Nervenoperation erfolglos, dann wird nach ungefähr zwei Jahren die Faszie durchtrennt und eine Sehnenüberpflanzung vorgenommen.

Sehr Gutes leistet die Faszienplastik auch bei Peroneuslähmung, man erzielt mit ihr eine wirkungsvolle lebende Peroneusschiene. Ein doppelt zu-

sammengelegter Faszienlappen wird um den 5. Mittelfusssknochen spiralg herumgeführt und an einem Knochenhaken verankert. Mittels dieses Zügels wird der Fuss in die Höhe gezogen. Die Befestigung an der Fibula geschieht in der gleichen Weise. Je nach der Stellung des Fusses, ob reiner Spitzfuss oder mehr Klumpfuss vorliegt, muss man die Angriffspunkte des oder der Zügel wählen.

Abgrenzung des Indikationsgebietes der Nervenoperation gegen das der Sehnenoperation bei Kriegsverletzungen der peripheren Nerven: Die Meinungen, welcher der beiden Methoden der Vorzug gebührt, gehen zum Teil recht weit auseinander. Es liegt sehr im Interesse der Verletzten, dass eine gewisse Einigung erzielt wird. Eine am falschen Platze oder zur falschen Zeit ausgeführte Sehnenoperation kann erheblichen Schaden stiften.

Wo es sich um hochgradige Zerstörung des Muskelbauches oder der Endsehne handelt, kommt nur eine Sehnenoperation in Betracht. Das Gleiche gilt auch für die meisten derjenigen Fälle, bei denen die ausserhalb des Nervenstammes verlaufenden Nervenfasern abgeschossen sind; meistens wird man im Narbengewebe die feinen Nervenfasern schlecht finden.

Der Pessimismus, den manche Aerzte den Nervenoperationen gegenüber an den Tag legen, ist nicht am Platze. Sie stützen ihre Ansicht hauptsächlich auf ihre Lazarett Erfahrung und übersehen, dass die Angelegenheit erst spruchreif wird, nachdem der Patient das Lazarett längst verlassen hat. Nach einer Nerven naht tritt der Erfolg meist spät, oft sehr spät zu Tage (1 bis 2 Jahre und länger).

Selbst die bestgelungene Sehnenüberpflanzung kann sich mit einer Nervenoperation, welcher volles Resultat beschieden ist, nicht messen, sie wird immer zurückstehen.

Bei manchen Lähmungsformen ist das Missverhältnis zwischen dem Erfolg einer Nerven- und Sehnenoperation besonders gross. Die Erfolge bei Ulnaris- und Medianuslähmung sind sehr mässig. Ihre Triumphe feiert die Sehnenüberpflanzung bei der seltenen Lähmung des N. femoralis und der häufigen des N. radialis. Gute Resultate erzielt man auch bei teilweiser Lähmung des N. peroneus.

Die Nervenoperation ist der logische Eingriff, der dort ansetzt, wo der Schaden sitzt.

Das lange Zurückliegen der Verletzung ist keine absolute Indikation für Sehnenüberpflanzung. Wiederkehr der Nervenleitung kann nach einer Nervenoperation eintreten, auch wenn die Verletzung 2—3 Jahre, vielleicht noch länger zurückliegt. Damit sei nicht gesagt, dass eine sehr späte Nervenoperation wünschenswert ist.

Aus allen diesen Gründen redet St. zuerst den Nervenoperationen das Wort. Er greift zuerst zur Nerven naht oder Neurolyse; nur dann, wenn sie versagt haben oder undurchführbar sind, geht er zur Sehnenüberpflanzung über.

Wenn ungünstig lokalisierte chronische Fisteln (vor allem am Oberarm) oder sehr schlecht und langsam heilende Hautwunden über der Verletzungs-

stelle am Nerven bestehen, so entscheidet er sich, namentlich wenn es sich um eine Radialislähmung handelt, primär zur Sehnenoperation.

Zeitpunkt der Sehnenoperation: Nach der Nervenoperation lange warten, da der Erfolg oft sehr spät erscheint! Nur ein halbes Jahr zu warten, wie vorgeschlagen wurde, dürfte nicht einmal für die Neurolyse angängig sein. Nach einer Nervennaht muss man $1\frac{1}{2}$ —2 Jahr verstreichen lassen, ehe man an eine Sehnenüberpflanzung herantritt. (Selbstbericht.)

2) Herr L. Mann-Mannheim: „Unberechtigte Operationen an Nervenverletzten“.

Bei der Sitzung der im Sammellazarett für Nervenverletzte des XIV. A.-K. zusammengekommenen Nervenverletzten hat es sich gezeigt, dass bei einigen Fällen Ersatzoperationen gemacht wurden, die nach zwei Seiten hin falsch sind. Bei den einen war die Leitungsfähigkeit der Nerven nach der Ersatzoperation wiedergekehrt; bei den andern war durch die Ersatzoperation die Gebrauchsfähigkeit des gelähmten Gliedes verschlechtert worden. Wenn die Fälle auch nicht zahlreich sind, so sind sie immerhin jetzt, wo wir anscheinend einer nicht immer berechtigten Steigerung der orthopädischen Operationen entgegengehen, von grundsätzlicher Bedeutung und deshalb will ich die Fälle hier zeigen.

Die erste Rücksicht, die man zu nehmen hat, ist die, dass man keine Ersatzoperation an einem Nervenverletzten vornehmen darf, ehe die Wiederkehr der Nervenleitung nicht mit völliger oder annähernder Sicherheit auszu-schliessen ist. Dies ist natürlich der Fall wenn bei einer Operation sich zeigt, dass die Wiedervereinigung eines Nerven nicht durchzuführen ist. In solchen Fällen ist es das Beste, die Ersatzoperation möglichst schnell, tunlichst sofort anzuschliessen. In jedem anderen Fall aber muss abgewartet werden. Denn — abgesehen davon, dass wir über die Dauer der Abbauphase im degenerierenden Nerv und die Auswuchszeit des sich regenerierenden Nerv nicht genügend orientiert sind — hat uns die Erfahrung bei Nachuntersuchungen von Rentenempfängern gelehrt, dass die Wiederkehr der Nervenleitung auch zwei Jahre nach der Verletzung und Operation nicht ausgeschlossen ist. Erst vor wenigen Tagen hat Vortr. einen Mann untersucht, der am 31. 8. 1915 am Gesäss verwundet wurde, in der Höhe des Trochanter major, und eine Tibialis- und Peroneuslähmung hatte. Wegen des ungünstigen anatomischen Sitzes wurde keine Operation gemacht. Bei der Lazarettentlassung noch völlige Peroneuslähmung mit schwerster kompletter EaR., Tibialis in Wiederkehr begriffen mit kompletter EaR. Am 15. 5. 1918, also $2\frac{3}{4}$ Jahre nach der Verletzung, Funktion der beiden Nerven wiederhergestellt, ebenso direkte und indirekte elektrische Erregbarkeit. Von neurologischer Seite war einige Monate nach der Verletzung wegen der Aussichtslosigkeit des Falles Operation verlangt worden.

Vortragender zeigt folgende Fälle:

Fall 1. Oberarmschuss 13. September 1916. Sofortige Radialislähmung; schwere Gasphlegmone mit zahlreichen Inzisionen. 6 Monate nach der Ver-

letzung erstmals neurologische Untersuchung. Völlige Lähmung, elektrische Erregbarkeit erloschen. 8 Monate nach der Verletzung elektrische Erregbarkeit erloschen. 9 Monate nach der Verletzung Ueberpflanzung des Ext. carpi rad. auf ext. poll. long., des Ext. carpi ulnaris auf den ext. digit. 13 $\frac{1}{2}$ Monate nach der Verletzung Wiederkehr der Beweglichkeit im ganzen Radialisgebiet. Elektrische Erregbarkeit direkt und indirekt wieder vorhanden.

Fall 2. Oberarmschuss rechts. Sofortige Radialislähmung. 2 $\frac{1}{2}$ Monate nach der Verletzung komplette EaR. vom Neurologen festgestellt, damals Operationsvorschlag. 3 $\frac{1}{2}$ Monate nach der Verletzung Nervennaht. 1 $\frac{1}{2}$ Monate nach der Nervenoperation Raffung der Strecksehnen und Ueberpflanzung des Palmaris longus auf den Ext. carpi rad. 7 Monate nach der Verletzung Radialisfunktion wiedergekehrt. 8 $\frac{1}{2}$ Monate nach der Verletzung direkte und indirekte Erregbarkeit der Handstrecker vorhanden.

Fall 3. Radialis-Lähmung durch Oberarmschuss. Lange Eiterung. Sequestrotomie. 7 Monate nach der Verletzung ohne neurologisch untersucht worden zu sein periostale Fixation der Handstrecker und Ueberpflanzung des Flex. carp. rad. auf den Daumenstrecker und Flex. carp. uln. auf Fingerstrecker. Dadurch Fixation des Handgelenks in Ueberstreckstellung, mit der der Mann funktionell schlechter daran ist als vorher. Die Faustbildung ist nunmehr unmöglich, die Hand zum Greifen unbrauchbar. Selbst wenn der Nerv nicht wiederkehrt, wäre der Mann mit einer guten Radialisarbeitsschiene und freiem Handgelenk erheblich besser daran als mit dem fixierten Handgelenk.

Fall 4. Gegenstück zu Fall 3. Oberarmverletzung mit schwerer Knochenzertrümmerung. Pseudarthrose. Erloschene elektrische Erregbarkeit. 13 Monate nach der Verletzung Ueberpflanzung der langen Handbeuger auf den Ext. dig., Ext. poll. long. und Abd. poll. long. Funktionell gute Beugung und Streckung der Hand und Finger.

Fall 5. Peroneuslähmung durch Schussverletzung. Nie neurologisch untersucht. 9 Monate nach der Verletzung Verkürzung der Sehne des Tib. ant. zur Beseitigung des Spitzfusses. Dadurch rechtwinklige Fixierung des Fusses. In diesem Fall hätte auf jeden Fall vor der Behelfsoperation der Nerv operativ aufgesucht werden müssen. Bei der Notwendigkeit einer Behelfsoperation wäre die Ueberpflanzung eines lebenden Kraftspenders und nicht die einfache Fixierung durch Sehnenverkürzung angebracht gewesen.

Fall 6. Oberschenkelschuss. Am Tage der Verletzung Wundrevision, Ischiadikus unverletzt. Fussbewegung frei. 3 Monate nach der Verletzung erstmals Peroneuslähmung ohne sensible Störung erwähnt. In Krankenblättern ist dauernd nur von geringem Grade der Peroneuslähmung die Rede. Niemals neurologisch und elektrisch untersucht. Nie Sensibilitätsstörung. 2 $\frac{1}{2}$ Monate nach der Verletzung Ueberpflanzung des Ext. hall. long. auf den Peroneus III der lateralen Hälfte des Tib. ant. auf den

Ext. digit. und Kürzung der Tib. ant.-Sehne. Bei der Einweisung in das Nervenlazarett elektrisch und sensibel vollkommen normaler Befund. Gehstörung genau wie vor der Operation, also offenbar psychogen. Vortragender stellt auf Grund dieser Erfahrungen folgende vor einem neurologischen Forum nicht näher zu begründende Sätze auf:

1. An einem Nervenverletzten darf ohne vorherige neurologische Untersuchung, Behandlung und Begutachtung keine Operation vorgenommen werden.

2. In jedem Fall, wo dies anatomisch möglich ist, muss vor einer Ersatzoperation der verletzte Nerv aufgesucht werden.

3. Wo dies nicht möglich ist, ebenso nach Operationen am Nerv darf vor Ablauf von 2 Jahren nach der Verletzung resp. Nervenoperation keine Ersatzoperation gemacht werden. Auch in diesem Fall muss der Operation eine neurologische Untersuchung vorausgehen.

4. Die verlorene Funktion darf nicht auf Kosten des völligen Verlustes erhaltener Funktionen ersetzt werden.

5. Bei jeder Ersatzoperation ist der Beruf des Verletzten zu berücksichtigen. (Eigenbericht.)

3) Herr M. Hedinger und H. Hübner-Baden-Baden: „Ueber Haltungs- und Gehstörungen bei Ischias, mit Krankendemonstration“.

In die Begutachtungsstation für Rheumatiker des 14. A.-K. wurden im Laufe des letzten Jahres 534 Patienten mit der Diagnose Ischias eingewiesen. Bei 268 = 50pCt. wurde diese Diagnose bestätigt. Die Diagnose Ischias wird danach zu häufig gestellt. 206 Fälle hatte andere organische Erkrankungen (Plattfüsse, Hüftgelenkerkrankungen, Tumoren usw.). 60 Fälle hatten rein psychogene Gehstörungen. 211 Ischiadiker hatten eine Gehstörung, nur 57 keine Gehstörung, 83 Fälle eine Skoliose, davon 13 Fälle ohne gleichzeitige Gehstörung. Für die Ausbildung einer Geh- oder Haltungsstörung war ein charakteristischer Befund (Sitz der Schmerzen, der Atrophie, Reflexstörung, Wurzelsischias usw.) nicht festzustellen. 49 Fälle hatten eine typische Gehstörung mit bekannter Haltungsanomalie: Abduktion, Aussenrotation des Oberschenkels, Flexion des Beins in Hüfte und Knie, meist Spitzfussstellung. Nicht in allen Fällen gleichzeitig eine Skoliose. Abhängigkeit der Skoliose von der Haltungsanomalie des Beins besteht danach nicht. 162 Fälle hatten eine uncharakteristische Gehstörung, die als psychogen entstanden anzusehen war, in vielen Fällen war eine anfänglich organische Erkrankung psychisch fixiert. Die psychische Fixierung kommt vornehmlich in der Gehstörung zum Ausdruck. Diese Gehstörungen wurden sämtlich durch Verbalsuggestion, Zwangsexerzieren, in einem Teil der Fälle unter Zuhilfenahme eines schwachen faradischen Stroms in einer Sitzung geheilt und die Heilung durch Exerzierübungen und straffe Disziplin im Lazarett festgehalten.

Die Fälle mit typischer Gehstörung, teilweise mit starker Atrophie, Reflexverlust, stärkstem Ischiasphänomen, vasomotorischen Veränderungen, oft schon

monatelangem Bestehen, mit Gehfähigkeit nur an Krücken oder Stöcken, Fälle, bei denen eine schwere chronische Ischias angenommen wurde, waren mit den üblichen Methoden: Bädern, Massage, Injektionen (nach Lange und nach Siccard) nur sehr langsam und unvollkommen zu bessern. Der Versuch, auch diese Gehstörungen wie die obigen, als psychogen bedingt entstandenen in einer Sitzung mit Verbalsuggestion und Zwangsexerzieren zu beseitigen, gelang ebenfalls in fast allen Fällen, in einzelnen Fällen war mehrmalige Behandlung notwendig. Auch die Skoliose ist durch das gleiche Vorgehen zu beseitigen, im Gegensatz zu den Gehstörungen aber nur in einzelnen Fällen mit einmaliger Behandlung, in der Mehrzahl der Fälle nach mehrmaligen energischen Uebungen. Nach Beseitigung der Haltungs- und Gehstörung gingen sofort die vasomotorischen Störungen zurück, ebenso die Angaben über Schmerzen, das Ischiasphänomen wurde an Intensität wesentlich geringer. Die Patienten waren dankbar und froh über die schnellen Erfolge der Behandlung im Gegensatz zu der oft monatelang vorausgehenden vergeblichen Behandlung. Katamnesen haben das Anhalten der Heilung und die gute militärische Verwendbarkeit, öfter Kriegsverwendungsfähigkeit der so Geheilten gezeigt.

Nach diesen Erfahrungen erscheint uns die chronische Ischias, soweit sie nicht rein symptomatisch ist (bei Tumoren, Diabetes usw.), als psychogene Fortsetzung einer anfänglich organischen Neuralgie oder Neuritis im Gebiet des Ischiadikus. Die Gehstörung ist nur durch Angst vor dem Schmerz bedingt und angewöhnt. Die Beseitigung wäre sonst auf die oben geschilderte Art nicht möglich. Um eine etwaige unblutige Dehnung des Nerv oder Zerreißung perineuritischer Verwachsungen kann es sich bei diesem Vorgehen nicht handeln, da die Methode keineswegs besonders schmerzhaft ist. Sie wäre undurchführbar, wenn sie mit starken Schmerzen infolge gewaltsamer Dehnung des Nerv verbunden wäre.

Die schnelle Heilbarkeit dieser Gehstörungen lässt auch wohl viele oder die meisten der Fälle von chronischer Neuralgie des Ischiadikus ohne Gehstörungen, bei denen schnelle Heilungen durch die verschiedensten Methoden (Injektionen, spezielle Massagen usw.) berichtet werden, als psychogen bedingt und suggestiv geheilt ansehen.

Jedenfalls scheint uns bei Soldaten die Schonungsbehandlung der chronischen Ischias nicht angezeigt, die bisher perhorreszierte Parforcekur ist die Methode der Wahl im Lazarett. (Eigenbericht.)

4) Herr Nonne-Hamburg: „Ueber einen Fall von intra vitam diagnostizierter hypophysärer Macies mit anatomischen Demonstrationen“.

N. spricht über einen erstmalig während des Lebens richtig diagnostizierten Fall von Kachexie auf der Basis von primärer Atrophie der Hypophyse und zeigt Diapositive der erkrankten Hypophyse.

Der Fall wird veröffentlicht werden von Dr. Bostroem.

(Eigenbericht.)

5) Herren Küpferle und von Szily-Freiburg i. B.: „Ueber die nicht-chirurgische Behandlung, insbesondere über Strahlenbehandlung der Hypophysis-Tumoren“.

Ausgehend von den klinisch bekannten verschiedenen Formen der durch Hypophysistumoren bedingten Krankheitsbilder, der ophthalmischen Form, der Akromegalie und der hypophysären Dystrophie wird ein kurzer kritischer Bericht gegeben über die bei solchen Fällen durch chirurgische Eingriffe erreichbaren und erreichten Erfolge.

Da der chirurgische Eingriff keinen Dauererfolg verspricht, also nur als Palliativoperation im Sinne der Druckentlastung zu gelten hat, ist man berechtigt, nach anderen Methoden zu suchen, die eine wirksame und nachhaltige Beeinflussung des Tumorgewebes im Sinne einer spezifischen Tumorschädigung ermöglichen.

Diese spezifische Tumorschädigung kann erreicht werden durch eine zweckmässig durchgeführte kombinierte Röntgen-Radiumbehandlung bei all den Tumoren, die sich nach dem Ergebnisse der klinischen Beobachtung als radiosensibel erwiesen haben.

Es wird über fünf Fälle berichtet, die der Strahlenbehandlung unterzogen worden sind. Von diesen fünf ist bei vieren eine ganz merkliche und auch dauernde Besserung der Sehfunktion erreicht worden. Ein Fall ist besonders dadurch bemerkenswert, dass die trotz gelungenen operativen Eingriffes eingetretene Erblindung durch die Strahlenbehandlung beseitigt werden konnte, und zwar mit nachhaltigem Erfolge, so dass die Sehfunktion über zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung erhalten blieb, während sie schon wenige Wochen nach Vornahme des operativen Eingriffes erloschen war. Auch in vier weiteren Fällen ist eine Besserung der Sehfunktion erreicht worden, wie die objektiv kontrollierten und demonstrierten Gesichtsfelder beweisen.

Auf Grund der Beobachtungen und Erfahrungen im Laufe mehrerer Jahre teils chirurgisch, teils konservativ mit Strahlenanwendung behandelter Fälle haben die Verfasser folgende Richtlinien für die Behandlung von Hypophysentumoren festgestellt:

1. Die kombinierte Röntgen-Radiumbehandlung ist bei den Fällen in Anwendung zu bringen, die sich nach den klinischen Beobachtungen als radiosensibel erwiesen haben und bei denen nicht eine sofortige Druckentlastung angezeigt erscheint.

2. Da mit Ausnahme der Akromegalie die Art der Geschwulst nach klinischen Gesichtspunkten nur mit Zurückhaltung beurteilt werden kann, ist die Strahlenbehandlung zunächst bei allen Fällen von Hypophysentumoren berechtigt.

3. Ein operativer Eingriff erscheint dann angezeigt, wenn rasch zunehmende Drucksymptome eine rasche Druckentlastung erfordern; ferner ist die Operation bei all den Fällen angezeigt, die sich als strahlenrefraktär erwiesen haben (Zysten, Terratome, eventuell auch Gliome, und verschiedene Formen von Strumen) und trotz medikamentöser Therapie fortschreiten.

4. Als unterstützende Behandlungsmethode kann sowohl neben der Strahlenbehandlung als auch neben der chirurgischen Behandlung die innere Darreichung von Jod gelten, und bei den Fällen, die mit hypophysärer Dys- trophie einhergehen, auch die interne Einverleibung von Hypophysissubstanz. Die medikamentöse Therapie kann auch in all den Fällen für sich allein ver- sucht werden, die nicht progressiv sind und das zentrale Sehen noch nicht bedrohlich gefährden. (Eigenbericht.)

6) Herr Hoche-Freiburg im Breisgau: „Die Heilbarkeit der pro- gressiven Paralyse“.

Jeder Irrenarzt, der Erfahrungen macht, wird mit zunehmenden Jahren vorsichtiger in dem Aussprechen absoluter Prognosen bei der Paralyse. Einige wenige Fälle (F. Schultze, Nonne) existieren, die als tatsächliche Heilungen anzusprechen sind. Immerhin ist die verschwindende Seltenheit dieses Verlaufs noch immer ein Beweis für die im praktischen Sinne be- stehende Unheilbarkeit der Krankheit. Eine Wahrscheinlichkeit der Genesung von 1 : 10000 oder 1 : 20000 ist keine Wahrscheinlichkeit. Trotzdem nötigen uns neuere Erfahrungen, das Problem nicht fallen zu lassen. Die progressive Paralyse ist ein Spezialfall aus dem Kapitel Syphilis. Es gelten für sie alle grundsätzlichen Erwägungen, die bei Infektionskrankheiten eine Rolle spielen. Es gab eine Zeit, in der die europäische Menschheit keine Syphilis kannte; es gab einige hundert Jahre lang in Europa Syphilis, ehe sie die Erscheinungs- form der Paralyse annahm. Vielleicht wird eines Tages durch die natürliche innerliche Entwicklung, ohne unser Zutun, die Paralyse mit der Syphilis ver- schwinden; darauf zu warten, wäre sündhaft. Jede Infektionskrankheit, deren Erreger bekannt und in seinen Lebensbedingungen untersuchbar ist, muss als prinzipiell heilbar gelten. Das Erreichen dieses Zieles ist eine Frage des Zu- falls, des Glücks, der Technik, der Beharrlichkeit des Suchens. In der sonst fruchtbaren Syphilistherapie ist eine lahme Stelle: die Tabes, eine tote Stelle: die Paralyse. Dass durch quantitative Energie der bisherigen Be- handlungsmethoden der Paralyse nicht beizukommen ist, wissen wir; worin die besondere Unangreifbarkeit der Spirochäten bei Paralyse ihre Ursache hat, wissen wir nicht. Denkbar wäre eine chemische Autonomie des zentralen Nervensystems, die die Spirochäten unangreifbar macht; denkbar ein beson- derer Kapillarwiderstand des Plexus choroides und der Hirngefässe; denkbar eine besondere Unfähigkeit des Gehirns zur Bildung von Antikörpern; denkbar eine besondere Giftfestigkeit der metaluetischen Spirochäten. Wir wissen jetzt, dass im Gehirn des Paralytikers wahrscheinlich überall Spirochäten vorhanden sind. Ihre Rolle ist hier wohl zum kleineren Teile die lokal wirksamer Krank- heitserreger, zum grösseren Teile die der Lieferanten toxischer Stoffe, deren Wirkung die chronisch parenchymatösen Veränderungen bedingt. Wahrschein- lich ist in allen Fällen von sekundärer Syphilis der ganze Kreislauf mit Spiro- chäten beschriftet. Die eigentliche Frage bei der Paralyse lautet also nicht: warum werden 4—5 pCt. der Syphilitiker paralytisch, sondern: warum werden 95—96 pCt. der Syphilitiker nicht paralytisch? — vielleicht lösbar durch An-

nahme einer erworbenen Organimmunität des Gehirns. „Heilung“ bei der Paralyse heisst nicht Verschwinden aller Krankheitsspuren.

Wir sprechen von Heilung der Pocken, auch wenn die gesamte Körperoberfläche mit Narben bedeckt bleibt. Die Heilungsnarben der Paralyse sind zunächst anatomischer Art, dann aber auf klinischem Gebiete sowohl neurologische wie psychische. Der Heilung gleichzusetzen ist praktisch ein lebenslänglicher Stillstand mit den dem Stadium der Krankheit entsprechenden anatomischen und klinischen Narben. Wir haben keine Ahnung, wieviel Eventualfälle von Paralyse sich mit dem frühesten Stillstandsbilde einiger neurologischer Narben, Pupillenstarre und dergl. begnügen mögen. Das Problem zeigt eine ungeheure Fülle von ungelösten Fragen und damit von zahlreichen experimentellen und therapeutischen Angriffsmöglichkeiten. Möglich wird vielleicht sein ein Verhindern der Entstehung der Paralyse, deren Anfang vielleicht schon mit Beginn des Sekundärstadiums anzusetzen ist; möglich ein planmässiges oder zufälliges Finden anderer Schwermetalle ausser Quecksilber, die in Albuminatform den Spirochäten zugeführt werden können; möglich durch Zufall oder planmässiges Suchen das Finden von Giften, nach dem Prinzip des Salvarsans, die die Mikroorganismen treffen, ohne den Träger zu schädigen; möglich, dass es uns glückt, eine Vorbehandlung zu finden (— analog etwa der Beizung bei der Gliafärbung —), die die Spirochäten therapeutisch verletzlich macht; möglich das Finden einer grundsätzlich anderen Methode, die den Spirochäten nichts tut, aber ihre Umgebung etwa zu einer Verkalkung veranlasst. Das Dogma der Unheilbarkeit, im Augenblick das grösste Hemmnis für die nötige allseitige Freudigkeit der Mitarbeit muss fallen. Ich zweifle nicht daran, dass die Jüngeren unter uns den Tag noch sehen, an dem die Paralyse uns nur noch historisch interessiert. (Eigenbericht.)

7) Herr Prof. Schultze-Bonn berichtet über von ihm beobachtete zwei Fälle von Geschwisterataxie („hereditärer Ataxie“), die am meisten nach dem zur Zeit festzustellenden Befunde mit der Friedreich'schen Form der Erkrankung Ähnlichkeit haben, aber sich durch mangelnden Nystagmus und durch jetzt noch vorhandene, wenn auch bei einem der Geschwister etwas abgeschwächten Patellarreflexe von ihr unterscheiden. Zwei Geschwister waren nach der Angabe der Mutter ziemlich früh ihrer Erkrankung erlegen, die in dem einen Falle zu erheblichem Schwachsinn und Incontinentia alvi geführt haben soll, in dem anderen mit epileptischen Anfällen sich verband. Bei beiden von dem Vortragenden beobachteten Kindern bestand Friedreich'scher Fuss und Babinski.

Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit ergab negative Wassermann-Reaktion, die Röntgenuntersuchung der Füsse keine Veränderung der Knochen.

Der Vortragende geht des Näheren auf die Ursache der hereditären Ataxie ein, bei der gewöhnlich, wie auch bei seinen Fällen weder die Syphilis, noch ein Alkoholismus der Eltern eine Rolle spielt. Die Edinger'sche Aufbrauchtheorie erklärt weder die Lokalisation der Erkrankung, noch im wesentlichen die Neigung zu dauerndem Fortschreiten derselben, besonders da auch die

Schonung der betroffenen Nervengebiete selbst in früheren Stadien der Erkrankung keine sicher erkennbare Besserung hervorruft und umgekehrt ebenso wie Ueberanstrengung auch Ueberruhe schaden kann. — Bemerkenswert ist der auch sonst bei hereditärer Ataxie beobachtete Schwachsinn. (Eigenbericht.)

8) Herr L. R. Müller-Würzburg: „Ueber die Innervation der Harnblase.“

Die Ganglienzellen der Blase, die an der Einmündungsstelle der Ureteren angehäuft sind, erweisen sich bei geeigneten Färbemethoden als multipolar. Sie sind ganz derselben Art, wie wir sie am Herzen, im Oesophagus, im Darm und auch in den Ganglienknoten des Grenzstranges finden. Wie zu allen inneren Organen so ziehen auch zum Plexus vesicalis Nervenfasern von zwei verschiedenen Gebieten vom sympathischen und vom parasympathischen System. Die ersten gelangen vom oberen Lumbalmark über die Rami communicantes lumbales über den Plexus aorticus und endlich über die paarigen Plexus hypogastrici zum Blasengeflecht. Vom sakralautonomen System, dessen Ganglienzellen in der Intermediolateralsubstanz des untersten Sakralmarkes gelegen sind, ziehen die Bahnen über die unteren Sakralwurzeln und von dort als Nervi erigentes oder Nervi pelvici zum Nervengeflecht an der Blase. Die Innervation dieser beiden Nervengebiete ist eine gegensätzliche: Reizung der Nervi pelvici bedingt Eröffnung des Sphincter und Kontraktion des Detrusor vesicae und somit Entleerung der Blase. Erregung der Plexus hypogastrici führt zur Verstärkung des Sphinktertonus und zum Nachlass der Detrusorkontraktion und damit zur Harnretention. Ueber die Bahnen im Rückenmark, durch welche die spinalen Blasenzentren beeinflusst werden, wissen wir noch gar nichts, wir wissen nur, dass Querschnittsläsionen des Rückenmarks, in welcher Höhe sie auch sitzen mögen, ob sie im Halsmark, im Lendenmark oder im Sakralmark gelegen sind, immer das gleiche klinische Bild auslösen, wie wir es auch bei der Caudakompression sehen. Die Bahnen, welche über das Sakralmark und über die Cauda equina und die Nervi pelvici zum Plexus vesicalis ziehen und dort den Entleerungsreflex auslösen, sind unterbrochen und damit ist die Harnausstossung unmöglich und es kommt zur Ischurie. Nach kürzerer oder längerer Zeit kontrahiert sich aber die Blase bei einem gewissen Füllungsgrade spontan und es entwickelt sich die automatische Blasenentleerung. Ueber die Stellen im Gehirn, von welchen aus eine Beeinflussung der Blaseninnervation erfolgen kann, haben uns die letzten Jahre manchen Aufschluss gebracht. Durch Karplus und Kreidl und dann auch von Leichtenstern wurde experimentell festgestellt, dass Reizung der Seitenwände des dritten Ventrikels und damit Reizung des Hypothalamus ausser maximaler Pupillenerweiterung und ausser Schweissausbruch auch Kontraktion der Blase bedingt. Diese Stelle in der Tiefe der grossen Stammganglien ist wohl auch der Ort, über welche die Stimmungen, wie die Angst und der Schrecken ihren Einfluss auf die Blasenentätigkeit ausüben. Die willkürliche Auslösung der Blasenentleerung und die willkürliche Hemmung dieses Reflexes beim Harndrang kann nur vom Grosshirn aus erfolgen. Es ist nicht wahr-

scheinlich, dass dort in der Rinde ein eigentliches „Blasenzentrum“ zu suchen ist, von dem die glatte Muskulatur dieses Organs direkt beeinflusst wird. Für eine solche Annahme fehlen alle Anhaltspunkte. Unseres Wissens hat kein anderes inneres Organ eine eigene Vertretung in der Grosshirnrinde. Wenn manche Funktionen innerer Organe, wie die peristaltische Bewegung der Schlundröhre oder die Entleerung des Enddarmes bis zu einem gewissen Grade willkürlich auszulösen sind, so erfolgt die dazu notwendige Innervation des vegetativen Nervensystems sicherlich nicht primär von einem Zentrum in der Hirnrinde, vielmehr werden die dazu notwendigen Reflexvorgänge wohl immer erst durch Bewegungen der willkürlich zu innervierenden quergestreiften Muskulatur angeregt. Durch die willkürliche Verbringung des Bissens mittels der quergestreiften Schlundmuskulatur in den Anfangsteil des Oesophagus wird dort die peristaltische Bewegung ausgelöst, die den Bissen in den Magen weiter befördert. Die Anspannung der Bauchpresse und das dadurch bedingte Vortreiben der Kotsäule verursacht den Reflex, welcher der Stuhlentleerung zu Grunde liegt und der in letzter Linie in den Ganglienzellen der Darmwandung zustande kommt. So kann wohl auch durch die willkürliche Innervierung der am Blasenboden gelegenen quergestreiften Muskulatur und durch den Nachlass des Tonus des Compressor urethrae der Reflex im vegetativen Nervensystem ausgelöst werden, welcher die Harnausstossung zur Folge hat und so kann durch starke Anspannung des Compressor urethrae das Zustandekommen eines solchen Reflexes bei starkem Harndrang verhindert werden. Die Stelle in der Hirnrinde, von welcher die quergestreifte Muskulatur am Beckenboden willkürlich innerviert wird, ist beiderseits im obersten Teil der Zentralwindung oder im Lobulus paracentralis zu suchen. So ist es auch zu verstehen, dass Kleist bei tangentialen Scheitelschüssen, die beiderseits zur Zerstörung der obersten Zentralwindungen geführt haben, neben Fusslähmungen auch Störungen in der Blasenentleerung gesehen hat. Ueber ähnliche Beobachtungen verfügen auch O. Förster-Breslau, Auerbach-Frankfurt und Wallenburg-Danzig. Auf Grund solcher Feststellungen dürfen wir also annehmen, dass tatsächlich vom Grosshirn aus die Blasenentleerung ausgelöst werden kann, wenn dort auch kein Blasenzentrum im strengen Sinne des Wortes zu suchen ist. (Eigenbericht.)

9) Herr F. E. Otto Schultze-Frankfurt a. M.: „Auf welchem Wege können wir in der Erforschung der Neurosen und Psychosen zu übersichtlichen Erkenntnissen gelangen?“

Obschon der Krieg vielen Aerzten eine geradezu unbegreifliche Fülle von Einzelercheinungen vor Augen geführt hat, in denen sich der Einfluss seelischer Vorgänge auf den Körper äussert, ist die Ausbeute an wissenschaftlichen Erkenntnissen verhältnismässig gering geblieben. Der Grund hierfür wird in der ungenügenden Entwicklung der Gehirnanatomie und Gehirnphysiologie gesehen. Viele Einzelvorgänge sind deshalb vorläufig in ihrem inneren Mechanismus vollständig unbekannt geblieben; hinsichtlich der vielen Beobachtungen motorischer Bewegungsstörungen können wir nur vereinzelt und in allergrößten

Zügen verfolgen, wie sie zustande gekommen sein mögen. Die Diagnose ist deshalb meist nichts weiter als eine Klassifikation, nicht eine durchdringende Erkenntnis. Wir stehen vielfach noch auf dem Standpunkt des Botanikers der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, dessen Aufgabe darin bestand, nach dem Linné'schen System Pflanzen zu bestimmen. Die eigentliche wissenschaftliche Aufgabe der biologischen Erklärung ist noch wenig entwickelt. Es fragt sich daher: Können wir die schematischen Grundanschauungen, auf die alles naturwissenschaftliche Denken zurückgehen muss, uns nicht unabhängig von der Gehirnanatomie schaffen? Wie wir die krankhaften Vorgänge der Niere, der Lunge und aller einzelnen Organe unseres Körpers dadurch begreifen, dass wir ihre einzelnen Glieder und einzelnen Funktionen als quantitativ variiert auffassen, so müssen wir auch die im seelischen Leben wirksamen Faktoren feststellen und aus ihren Funktionen durch quantitative Variationen die unbeschränkte Fülle krankhaft veränderter seelischer Vorgänge erklären.

Ein Funktionsschema in dem gewünschten Sinne hat Wernicke gegeben. In seiner Einfachheit entwickelt es die wesentlichen Bestandteile eines zentralsensorischen, eines zentralmotorischen und eines intrazentralen Apparates. Die Hauptbestandteile sind damit gegeben. Sie kommen nicht bloss für die sprachlichen, sondern auch für die anderen seelischen Vorgänge in Betracht. Der intrazentrale Apparat trägt nun den unglücklichen Namen Begriffszentrum; denn es kommen in ihm nicht nur Begriffe vor, und ebensowenig ist er ein Zentrum. Statt seiner könnten wir fast ebenso gut sagen Seele. Einmal enthält er alle Erfahrungsmomente (oder mit anderen Worten Erfahrungsdispositionen der Residuen der verschiedenen Sinneseindrücke, die wir in uns aufgenommen haben, und auch die Residuen alles dessen, was die Phantasie das Wort im weitesten Sinne als Fähigkeit zur Synthese gefasst aus ihnen geschaffen hat). Daneben laufen vollständig die von ihnen zu trennenden Vorgänge des Gemütslebens ab, die ganz anderen Gesetzen unterworfen sind, als jene, die wir unter dem Worte Geist zusammenfassen können. Noch andere Grundfunktionen, wie Merkfähigkeit, Produktion an Energie usw. müssen in das Schema aufgenommen werden. Entscheidend ist aber, dass der Begriff Bewusstsein in ihm nicht berücksichtigt ist. Wernicke hielt an dem Standpunkt des krassen Materialismus fest, der in seiner Jugendzeit in Deutschland herrschte: Bewusstsein ist Gehirn. Er schied nicht zwischen dem Gehirn und seinem Produkte. Er erkannte nicht, dass das Bewusstsein etwas mit dem Gehirn nicht zu Vergleichendes ist. Mit der Einführung des Bewusstseins erobert sich aber das Funktionsschema ein ganz neues Gebiet, das an Fruchtbarkeit die gegenwärtige Gehirnanatomie und Gehirnphysiologie um das unbegrenzt Vielfache übertrifft. Es kann erst so die Beziehung zur Psychologie hergestellt werden. Von ihm aus kann ein Ausbau der bisher nur angedeuteten Begriffe Geist und Gemüt, Wille und Gedächtnis erfolgen. Mit seiner Hilfe ist erst eine volle Geschlossenheit eines Schemas des seelischen Haushaltes zu erreichen. Die Psychiatrie sowohl wie die Lehre der Neurosen müssen von beiden Seiten her weiter arbeiten, von der Seite des Bewusstseins, wie von der Seite des Gehirnes aus, und sehen, ob die Faktoren und Mechanismen, zu

deren Annahme sie durch die Wucht der Tatsachen gedrängt werden, identisch werden können oder nicht. Das Ergebnis dieser Forschungsarbeit wird ein Funktionsschema des seelischen Haushaltes sein, das für die genannten Wissenschaften die gleiche grundlegende Bedeutung bekommen muss, wie die Schemata des Körpers und seiner Organe für die innere und äussere Medizin. (Eigenbericht.)

10) Herr Hauptmann-Freiburg i. Br.: „Ueber herdartige Verbreitung der Spirochäten im Gehirn bei Paralyse“.

An der Hand einer grösseren Anzahl von Diapositiven wird über eine herdartige Spirochätenverbreitung in der Hirnrinde bei Paralyse berichtet, welche deswegen ihre besondere Bedeutung hat, weil es auch gelang, die Herde im Zellbilde färberisch zur Darstellung zu bringen.

Unser Bestreben muss dahin gehen, die Spirochätenpräparate mit den uns von den andern Färbeverfahren gelieferten bekannten histologischen Bildern in Beziehung zu setzen, um festzustellen, inwieweit die lokale Anordnung der Spirochäten im Gehirn für die paralytischen Veränderungen in Anspruch zu nehmen ist. Für einen Teil derselben, wie die diffuse Infiltration der Gefässcheiden und die systematischen Degenerationen ist die Unabhängigkeit von der Lagerung der Spirochäten in der Hirnrinde a priori wahrscheinlich, für einen andern Teil, wie z. B. den fleckweisen Markscheidenausfall, könnte ein Zusammenhang eher vermutet werden.

Die Schwierigkeiten einer Vergleichung der mit verschiedenen Färbeverfahren behandelten Schnitte liegen in der einstweilen noch vorhandenen Unmöglichkeit, die Spirochätenimprägnation im Schnitt vorzunehmen. H. umging diese deshalb durch fast schnittartige Verkleinerung der Blöcke, so dass annähernd Vergleichspräparate gewonnen werden konnten. Dass man auf diese Weise zum Ziel kommt, konnte auch an einem, dem Vortr. von Nissl gütigst zur Verfügung gestellten Fall bewiesen werden, bei dem dieser schon vor 10 Jahren einen Herd im Zellbilde beobachtete, dessen Genese er sich damals noch nicht erklären konnte. Das Diapositiv dieses Herdes wurde demonstriert.

Im einzelnen Spirochätenpräparat stellten sich die Herde dar als im allgemeinen scheibenförmige Gebilde, in welchen sich ein zentraler Kern und ein peripherer Kreis deutlich trennen lässt. Das Gewebe des Kerns ist in seiner Struktur mehr oder weniger zerstört, oder doch wenigstens infolge dichtester Durchwachsung mit Spirochäten, die sich nur schwach bräunlich färben und (dadurch?) in ihrer Gestalt undeutlicher hervortreten, in seinen einzelnen Bestandteilen nicht mehr kenntlich; der periphere Kreis besteht aus einem dichten Kranz wohl gefärbter und gut gebildeter Spirochäten. Durch Rekonstruktion von zahlreichen Serienschnitten erweist sich die Herdbildung als kugelförmig in der Gehirnsubstanz sitzend. Demgemäss begegnet man je nach Lage des Schnittes Herden verschiedener Grösse, und, je näher man den Polen kommt, auch verschiedener Gestalt, insofern diese keinen amorphen Kern mehr, sondern nur noch eine scheibenförmige Anordnung der gut gefärbten Spirochäten besitzen.

Die Entstehung der Herde lässt sich einmal an eben beginnenden und dann an Serienschnitten durch grössere studieren: Aus den Gefässwänden und adventitiellen Räumen von kleineren Gefässen und Kapillaren wuchern Spirochäten ins Gehirngewebe, wobei sich auch schon an eben beginnenden Herden die zentrale Amorphisierung des Gewebes bzw. der Spirochäten zeigt. Und im Zentrum grösserer Herde sieht man bei Serienschnitten fast immer ein Gefäss, das meist in seiner Wand wenig verändert ist und in ihr wohl erhaltene Spirochäten aufweist. Dieser immer wiederkehrende Befund und vor allem die Betrachtung jüngerer Herde lässt den Zusammenhang mit Gefässen (was bei der Gefässvermehrung ja möglich wäre) nicht als zufällig erscheinen.

Aeltere Herde gewinnen dadurch ein anderes Aussehen, dass Zellen gliogener Herkunft, grösstenteils sogenannte „gemästete“ in sie eindringen. In diesen Zellen sieht man nicht selten Spirochäten, die Form und Färbung bewahrt haben, was um so auffallender ist, da sie inmitten der schlecht gefärbten Spirochätenhaufen liegen. Man könnte auf eine Fressstätigkeit dieser grossen Gliazellen schliessen, weniger auf ein aktives Eindringen von Spirochäten in sie, da man Spirochäten in Ganglienzellen äusserst selten antrifft.

Eine Gliafaserbildung scheint, soweit sich das bisher färberisch nachweisen liess, in der Gegend der Herde nicht stattzufinden.

Im Zellbild stellt sich der zentrale Kern als homogene Anfärbung des Grundgewebes dar, in dem je nach dem Alter des Herdes Zellen verschiedener Genese (gliogen, Polyblasten) eingelagert sind. Ganz junge Herde oder Anschnitte älterer sind nur eben als ganz hauchartige Anfärbung (ohne Zelleinlagerung) zu sehen und entgehen leicht der Beachtung. Es ist deshalb wohl möglich, dass man ihnen bei entsprechend gerichteter Aufmerksamkeit künftighin doch öfters begegnen wird.

Verführerisch ist es, in ihnen etwa die oder wenigstens eine der Ursachen des fleckweisen Markscheidenschwundes (und zwar des „Mottenfrasses“) zu sehen. In den entsprechenden Windungen fanden sich fleckige Ausfälle, die in ihrer Lagerung wohl den Herden entsprechen konnten. Dieser Annahme steht aber einstweilen noch die Seltenheit des Befundes an solchen Herden gegenüber der Häufigkeit des fleckweisen Markscheidenschwundes entgegen. Allerdings ist zu bedenken, dass wir hier das Produkt eines über viele Jahre ausgedehnten Zerstörungsprozesses vor uns haben, der sehr wohl im einzelnen auf einer nur kurzfristigen Herdbildung beruhen könnte.

Und diese geringe Lebensdauer der Spirochätenherde, die zudem nur an ganz wenigen Stellen der Hirnrinde sitzen, der Beobachtung also leicht entgehen können, und sich im Zellbilde lange nicht in der gleichen Regelmässigkeit wie im Spirochätenbilde zeigen, lässt erwarten, dass im weiteren Verlauf der mit der vergleichenden Zell- und Spirochätenfärbung angestellten Forschung diese herdförmige Spirochätenverteilung ein häufigeres Vorkommnis bilden wird. (Eigenbericht).

11) Herr Hübner-Bonn hat Experimente zur Simulationsfrage angestellt. Er brachte auf der Beobachtungsabteilung zunächst, um zu sehen,

wieviel über Simulation gesprochen wurde, einen Rechtsanwalt unter, der die diesbezüglichen Erfahrungen sammelte. Es stellte sich heraus, dass diese Frage viel diskutiert wurde.

Die Simulation von manschettenförmigen und handschuhförmigen Sensibilitätsstörungen gelang bei Anwendung schwacher Reize leicht, auch auf starke Schmerzreize konnte eine Person Abwehrreaktionen regelmässig unterdrücken.

Dass auch bei Dynamometerversuchen Vorsicht am Platze ist, lehren weitere Untersuchungen des Vortragenden.

In ganz kurzer Zeit gelang es dem Vortragenden, ein 20jähriges Mädchen zur Vortäuschung einer Handkontraktur anzulernen, die von einem Chirurgen und einem Neurologen für echt gehalten wurde.

Eingehender geht Vortragender dann an der Hand von 2 selbst beobachteten Fällen auf die Frage der Anamnese ein. Er warnt davor, sie gläubig hinzunehmen, und zeigt, wie ein Mann 9mal in Lazaretten Aufnahme fand und dort lediglich wegen der genauen anamnestischen Angaben über neurotische Zustände behalten wurde. Objektiv war an ihm nie etwas gefunden worden.

In einem anderen Falle, den H. beobachtet hat, schaffte sich der Angeeschuldigte eine Anamnese durch prophylaktische Simulation vor Laien, während er in der Klinik selbst nur noch einige Tage krank schien und dann sich rasch besserte.

Was schliesslich die psychischen Störungen anlangt, so vermochte das oben zitierte junge Mädchen ohne nennenswerte Erläuterungen und ohne je einen Schwachsinnigen gesehen zu haben, sowohl bei der Intelligenzprüfung, wie auch sonst eine Imbezillität mittleren Grades vorzutäuschen.

Es gelang ihr auch einen Dämmerzustand zu markieren.

Ausführlich geht dann der Vortragende noch auf einen Fall ein, in dem ein zuverlässiger Mann mehrere Wochen eine schwere Psychose mit dem Erfolge simulierte, dass er den erstrebten Zweck, welcher ihm vorschwebte, erreichte. Unmittelbar nach Erreichung desselben meldete er sich freiwillig und machte nun über das, was er sich im einzelnen bei der Vortäuschung der verschiedenen Symptome gedacht und wie er Erfahrungen gesammelt hatte, den Aerzten sehr genaue Angaben.

Vortragender schliesst aus seinen Beobachtungen und Versuchen, dass es doch leichter sei, einzelne Zustandsbilder vorzutäuschen als man ursprünglich angenommen habe, dass man jedenfalls aber auch dem Simulationsproblem experimentell nähertreten müsse. (Eigenbericht).

12) Herr E. Küppers (Freiburg) Ueberlingen: „Die systematische Bekämpfung der Rentenneurose im Frieden auf Grund der Kriegserfahrungen“.

Der Krieg ist der günstigste Zeitpunkt, um auch gegen die alten Renten-neurosen des Friedens therapeutisch vorzugehen (Einweisung in die bestehenden Neurosenlazarette, Heilung, Unterbringung in die Munitionsindustrie und Entziehung der Rente). Zugleich werden dadurch die Berufsgenossenschaften von

der Heilbarkeit der Renten neurosen durch ärztliche Massnahmen überzeugt und für die Schaffung entsprechender Einrichtungen im Frieden gewonnen.

Die Frage, ob es möglich ist, auch im Frieden auf die im Kriege bewährte Weise gegen die Renten neurosen vorzugehen, muss bejaht werden. Das Geheimnis der Kriegserfolge liegt in der Verknüpfung der persönlichen Autorität mit der militärischen, die in der Strafgewalt des Vorgesetzten verkörpert ist. Die Strafgewalt des Neurosenarztes im Frieden ist gesetzlich festgelegt im §606 der R. V. O., der die Entziehung der Rente bei unbegründeter Verweigerung der Behandlung androht. Diese Möglichkeit muss nur ausgenutzt werden. Als Behandlungsmethode kommt neben der Hypnose vor allem die konsequente Bettruhe, kombiniert mit Packungen, Dauerbad und Isolierung in Betracht. Derartige ärztliche Anordnungen können nicht „mit gesetzlichen oder sonstigen triftigen Gründen“ (§606) verweigert werden. — Als Ausgleich verlangt die Anwendung des §606 die Sicherung des Kranken gegen unzulässige Anwendung der Strafgewalt (Verkennung organischer Fälle, inhumane Prozeduren). Als solche Sicherungen werden vorgeschlagen: Trennung von Beobachtungs- und Behandlungsstationen und Beigebung eines Arbeitervertreters an die Seite des behandelnden Arztes zur Kontrolle darüber, dass einerseits die suggestiven Massnahmen an Schärfe und dass andererseits der Patient bei seinem Widerstande die Regeln des Anstandes wahrt. — Rückfälle können durch keine Form der Symptomüberwindung verhütet werden. Vielmehr ist wochen- bis monatelange Erprobung der Dauerhaftigkeit des Behandlungsergebnisses bei Lohnarbeit unter ärztlicher Aufsicht erforderlich. Nach einer solchen Erprobung, bei der möglichst die natürlichen Verhältnisse des Berufes hergestellt werden müssen, kann für den trotzdem etwa eintretenden „Rückfall“ kein Kausalzusammenhang mit dem Unfall mehr anerkannt werden. Die Streichung der Rente ist also endgültig und damit auch die Heilung. — Unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung des Verfahrens ist, dass die Ärzteschaft geschlossen hinter dem Neurosenarzte steht und ihn gegen die vorauszu sehenden Angriffe von seiten der Neurotiker und der Öffentlichkeit wirksam unterstützt. (Eigenbericht).

13) Herr Hezel-Wiesbaden: a) „Eine im Felde vorkommende Beschäftigungsneurose“.

Major C., welcher viele Monate lang den ganzen Tag mit dem Telephonhörer in der rechten Hand tätig war, verspürte seit März 1917 ein Taubheitsgefühl in der ulnaren Hälfte der rechten Hand und zunehmende Schwäche derselben, in der Folgezeit bemerkte er auch einen Schwund der kleinen Handmuskeln. Er führte diese Störungen ganz richtig auf eine Ueberanstrengung der Hand beim Telephonieren zurück. Der Militärtelephonhörer ist so eingerichtet, dass die Finger, welche den Stiel des Hörers umfassen, gleichzeitig die in den Stiel eingelassene Sprechaste niederdrücken müssen, so lange gesprochen wird. Das Festhalten des Stiels geschieht nicht nur mit den vier Fingern, sondern auch mit dem Daumen, der dabei hauptsächlich durch Adduktion den Stiel zwischen Daumen und Hand fixiert.

Wie mir der Kranke mitteilte, hat er die gleiche Störung auch bei einem Kameraden gesehen.

Im Februar d. J. erhob ich folgenden Untersuchungsbefund:

Die Hand hat das Aussehen wie bei der Ulnarislähmung, d. h. Krallstellung der vier Finger und Atrophie der Interossei und des Adductor pollicis, in geringem Grade auch des Hypothenar. Am 5. Finger stehen die Mittel- und Endglieder in extremer Beugstellung und können passiv nur unvollständig gestreckt werden, während das an den übrigen Fingern mit einiger Gewalt vollständig gelingt. Aktiv erfolgt die Streckung dieser Glieder am 2. und 3. Finger leidlich, am 4. und 5. aber gar nicht. Die aktive Beugung dieser Glieder wird an allen Fingern mit voller Kraft ausgeführt. Die aktive Beugung der Grundglieder dagegen sehr mangelhaft und schwach. Ebenso ist die Adduktion ganz schwach und erfolgt nur unter gleichzeitiger Beugung der Mittel- und Endglieder, also offenbar hauptsächlich durch die Wirkung der langen Beuger. Eine aktive Spreizbewegung vermögen nur der 2. und 3. Finger auszuführen. Der Daumen kann vollständig und ziemlich kräftig adduziert werden, aber diese Bewegung geschieht, wie man sich deutlich durch Inspektion und Palpation überzeugen kann, nicht durch den Adductor pollicis, sondern durch die Ersatzmuskeln der Opposition des Daumens, der Beugung der Daumenglieder und der Hand sind vollkräftig, letztere erfolgt auch unter kräftiger Mitwirkung des Flexor carpi ulnaris.

Die elektrische Untersuchung ergibt eine hochgradige Herabsetzung der direkten und indirekten faradischen Erregbarkeit der atrophischen Muskeln, an den am stärksten atrophierten bis zur fast völligen Aufhebung. Die indirekte galvanische Erregbarkeit ist ebenfalls merklich, aber nicht so hochgradig herabgesetzt und bei der direkten galvanischen Reizung Zucken der atrophischen Muskeln mehr oder weniger träge, der Abductor digit. V. aber fast normal. Die langen Fingerbeuger zeigen keine Abweichungen der elektrischen Erregbarkeit.

Auch die Sensibilität zeigt bemerkenswerte Störungen. Die Tastempfindung ist im Ulnarisgebiet hochgradig herabgesetzt, am kleinen Finger und dem zugehörigen Metakarpusgebiet beinahe ganz aufgehoben, in geringerem Grade herabgesetzt an den Volarflächen der übrigen Finger, ganz gering am Handteller. Ähnlich verhält es sich mit der Temperatur- und Schmerzempfindung. Das Tastgefühl ist in allen Fingergelenken erheblich herabgesetzt. Druckschmerzhaft sind weder die Stämme, noch einzelne Zweige des Ulnaris und Medianus.

Bemerkenswert ist, dass die langen Fingerbeuger, welche das Niederdrücken der Sprechaste besorgen, also auch ebenso angestrengt sind, wie die Interossei, gar keine Schädigung erlitten haben, im Gegensatz zu den schwer geschädigten Interossei. Innerhalb des Gebietes der kleinen Handmuskeln dagegen lässt sich ein gutes Proportionalitätsverhältnis zwischen dem Grade der Schädigung und der der Grösse der geleisteten Arbeit erkennen.

Toxische oder infektiöse Schädlichkeiten, welche zur Entwicklung von Neuritiden disponieren, lagen nicht vor. Es handelt sich also wahrscheinlich um die Folge einer reinen Ueberanstrengung.

b) „Eine durch subdurale Injektion von Tetanus-Antitoxin erzeugte lokale Hirnrindenschädigung“.

In einem Falle von Spät-Tetanus nach einer Granatsplitterverwundung des Beines wurden am 18. 12. 1917 nach vorausgegangenen Neisser'schen Trepanationen im Bereiche jedes der beiden Scheitelbeine subdurale Injektionen von Tetanus-Antitoxin ausgeführt. Nach diesen Injektionen konnte der Kranke den linken Arm 14 Tage lang so gut wie gar nicht bewegen, und 2 Tage lang bestand ein klonischer Krampf des Armes. Allmählich kehrte die Kraft in dem gelähmten Arm zurück, aber dauernd bestehen blieb taubes Gefühl und Ungechicklichkeit beim Gebrauch des Armes, besonders der Hand.

Ich untersuchte den Kranken am 17. 3. 1918 und fand keinerlei Beeinträchtigung der passiven Beweglichkeit, eine geringe Herabsetzung der groben Kraft der aktiven Bewegungen bei ausgesprochener Koordinationsstörung derselben. Die Sensibilitätsprüfung ergab taktile Anästhesie fast an der ganzen Hand und Hypästhesie am übrigen Arm, proximalwärts allmählich abnehmend, in ganz geringem Grade lässt sich die Hypästhesie auch an den Schultern, dem Hals, der Wange und dem Ohre nachweisen. Die Schmerz- und Temperaturempfindung ist nur an der Hand deutlich herabgesetzt. Erheblich ist die Störung des Lagegefühls, in den Gelenken der vier Finger gänzlich aufgehoben, in den Daumengelenken und im Handgelenk hochgradig, im Ellbogengelenk weniger stark herabgesetzt. Unsicher bleibt das Verhalten am Schultergelenk.

Damit ist ein Symptomenbild gegeben, wie man es bei Läsionen des mittleren Drittels der hinteren Zentralwindung beobachtet. Nun liegt die Trepanationslücke im Bereiche des rechten Scheitelbeines so, dass sie dem mittleren Drittel der hinteren Zentralfurche ungefähr entspricht. Es ist deshalb die Annahme naheliegend und berechtigt, dass die nach der subduralen Injektion im Bereiche des rechten Scheitelbeines zurückgebliebene Störung des linken Armes auf einer ernsteren Schädigung der Hirnrinde durch die Injektion beruht. Ich glaube, dass eine direkte Verletzung der Hirnrinde erfolgt ist etwa derart, dass die Nadel, über den subduralen Raum hinaus, in die Rinde eingedrungen ist, und dass durch die Injektion in die Rinde selbst eine mechanische Läsion derselben stattgefunden hat. Dieser Fall würde demnach, wenn meine Deutung derselben richtig ist, zu einer entsprechenden Vorsicht bei Vornahme von subduralen Injektionen mahnen, es dürfte geraten sein, differente Hirnrindenpartien am besten zu vermeiden. (Eigenbericht.)

14) Herr Kronfeld: „Zur Aetiologie der Landry'schen Paralyse“.

Mitteilung eines Falles von Landry'scher Lähmung, welcher bis zum Ende der dritten Woche unter zunehmenden Bulbärscheinungen und völliger Lähmung des ganzen Körpers zum tödlichen Ausgang zu führen schien. Im Liquor wurde der *Streptococcus mucosus* (Schottmüller, Stephan) gezüchtet. Dieser ist nach Rochs ein Glied der Pneumokokkengruppe. Infolgedessen wurde sofort ein therapeutischer Versuch mit Optochin gemacht, 3 g oral in fünf Tagen. Am fünften Tage keine Bazillen mehr im Liquor; schlag-

artige weitestgehende Besserung, die in völlige Heilung überging. Hieraus werden bezüglich der Aetiologie und Behandlung der Landry'schen Paralyse die Folgerungen entwickelt.

(Original erscheint in der Zeitschr. für die ges. Neurol. u. Psych.)

(Eigenbericht.)

15) Herr Lilienstein-Nauheim demonstriert einen einfachen, neuen Stromanzeiger für den faradischen Strom (Faradimeter). Der faradische Strom wird jetzt besonders bei der erfolgreichen aktiven Behandlung der Kriegsneurosen auch in den Lazaretten häufiger zur Anwendung gebracht.

Hierbei sind in einigen Fällen schädliche Nebenwirkungen beobachtet worden, die zum Teil auf die Anwendung zu starker Ströme zurückgeführt wurden. Dieser Fehler war bisher beim Mangel jeglicher Messinstrumente für den sekundären Strom kaum vermeidlich. Der demonstrierte einfache Apparat gestattet nun, während der Behandlung den zur Anwendung kommenden Strom dauernd zu kontrollieren.

Er kann an jeden, auch den einfachsten faradischen Handapparat, angeschlossen werden.

(Ausführliche Veröffentlichung demnächst in der Münch. med. Wochenschrift und im Neurol. Zentralbl.)

II. Sitzung am 26. Mai, vormittags 9 Uhr.

Als Versammlungsort für das nächste Jahr wird wieder Baden-Baden verabredet.

Zu Geschäftsführern werden die Herren Geh. Rat Hoche-Freiburg und Sanitätsrat Dr. Zacher-Baden-Baden gewählt.

16) Herr S. Auerbach-Frankfurt a. M.: „Verschiedene Vulnerabilität bzw. Giftaffinität der Nerven oder Gesetz der Lähmungstypen?“

Auf der letzten Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Bonn (September 1917) sagte A., dass er den von O. Foerster zur Erklärung des zeitlich und graduell verschiedenen Rückganges der Lähmungen in den einzelnen Muskelgruppen nach Schussverletzungen aufgestellten Begriff der verschiedenen „Vulnerabilität“ der Nervenfasern nicht akzeptieren könne. Er betonte, dass jene regelmässige Erscheinung restlos durch das von ihm für die gesamte Neuropathologie aufgestellte „Gesetz der Lähmungstypen“ zu erklären sei. Dieses Gesetz lautet:

„Diejenigen Muskeln bzw. Muskelgruppen erlahmen am raschesten und vollkommensten bzw. erholen sich am langsamsten und am wenigsten, die die geringste Kraft (ausgedrückt durch das Muskelgewicht) besitzen und ihre Arbeitsleistung unter ungünstigen physikalischen, physiologischen und anato-

mischen Bedingungen zu vollbringen haben, während die in dieser Beziehung besser gestellten Muskeln von der Lähmung grösstenteils verschont bleiben.“

In seinem Schlussworte hielt Foerster (vgl. den Eigenbericht im Neurol. Zentralbl., 1917, Nr. 20) den Begriff der verschiedenen Vulnerabilität der Nervenfasern für verschiedene Muskeln unbedingt aufrecht und hielt ferner aufrecht, dass die Fasern für die distalen Muskeln vulnerabler seien als die für die proximalen. Für toxische und infektiöse Schädigung kämen noch ganz besondere Affinitäten in Betracht. Curschmann stimmte Foerster zu und sprach noch von der verschiedenen Erkrankungsbereitschaft verschiedener Nerven auf toxische Einflüsse.

Diesen Auffassungen gegenüber führt A. unter Hinweis auf seine ausführlichen Publikationen Folgendes aus:

Ausdrücke wie verschiedene „Vulnerabilität“, „Giftaffinität“ und „Erkrankungsbereitschaft“ der Nerven sind nur Umschreibungen des Tatbestandes, der Erscheinungen, aber keine Erklärungen. Er findet es wohl begreiflich, dass ein Hautnerv oder auch ein oberflächlich liegender Nerv wie der N. radialis an seiner Umschlagstelle am Oberarm eher verletzt werden kann als ein tiefliegender Nerv, dass er „vulnerabler“ ist als der letztere. Die Annahme einer verschiedenen „Vulnerabilität“ bringt aber doch niemanden in seinem kausalen Denken einen Schritt vorwärts, wenn man sich die jetzt in zahlreichen Fällen ganz regelmässige Beobachtung erklären soll, dass nach Abschuss des N. ischiadicus am Oberschenkel oder nach Resektion eines seinen ganzen Querschnitt durchsetzenden Kallus und darauffolgende Naht dieses Nerven stets, falls Regeneration eintritt, zuerst die vom N. tibialis innervierten Plantarflexoren des Fusses ihre Funktion wieder erlangen, und erst viel später, wenn überhaupt, die vom N. peron. beherrschten Dorsalflexoren und Abduktoren. Diese bei Läsion des Gesamtquerschnittes des N. ischiad. — bei Verletzung einzelner Bahnen kommen natürlich rein topographische Gesichtspunkte in Betracht — regelmässige Erscheinung ist doch unmöglich damit zu erklären, dass man annimmt, die Bahn des N. peron. im Ischiadicus sei „vulnerabler“ als die des N. tibial. Sie ist auch nicht zu erklären mit der grösseren Distanz, welche die auswachsenden Nervenfasern zu durchlaufen haben, ebensowenig mit der grösseren Entfernung vom trophischen Zentrum der zugehörigen Vorderhornanglienzellen. Denn es wird doch niemand behaupten wollen, dass in dieser Beziehung Unterschiede zwischen dem N. tibial. und dem N. peron. bestehen.

Dem Verständnisse zugänglich wird die erwähnte Beobachtung erst durch folgende Ueberlegung: nach Frohse und Fränkel verhält sich das Gewicht der Plantarflexoren des Fusses (Gastrocnemius + Soleus + Plantaris) zu dem der Dorsalflexoren (Tibial. ant. + Ext. digit. long. + peron. tertius) wie 795:196, also wie 4:1. Die Mm. peron. long. et brevis (Abduktoren bzw. Pronatoren) gehören zu den schwächsten; ihre Gewichtsanzahl beträgt nach Frohse und Fränkel 123. Berücksichtigt man nun ausserdem, dass die Wadenmuskeln mit der Schwere arbeiten, die ohnehin schwachen Peronei aber gegen

diese und als Abduktoren den Fuss von der Medianebene des Körpers zu entfernen haben, welche Bewegung natürlich eine grössere Arbeitsleistung darstellt als die Bewegung nach der Medianebene der Körpers hin, so wird man es begreiflich finden, dass *ceteris paribus* die Plantarflexoren des Fusses ihre Funktion früher wieder aufnehmen als die Dorsalflexoren. Das Erfolgsorgan des N. tibial. ist eben viel kräftiger und hat ausserdem seine Arbeit unter günstigeren Bedingungen zu leisten als dasjenige des N. peron.

In ganz analoger Weise ist die Beobachtung zu erklären, dass bei Abschnitten des N. radialis am Oberarm, bzw. bei einem seinem ganzen Querschnitt durchsetzenden Nervenkallos, Resektion desselben mit darauffolgender Naht regelmässig zuerst die Strecker des Karpus wieder in Tätigkeit treten, viel später erst die Strecker der Finger.

Für die traumatische Gruppe unter den peripheren Lähmungen kommt das Gesetz der Lähmungstypen nur in beschränktem Umfange in Betracht. Durch eine Verletzung kann jeder Nerv und jeder von ihm abhängige Muskel gelähmt werden ganz ohne Rücksicht auf seine spezielle Muskelkraft und die Arbeitsbedingungen, unter denen er sich zu betätigen pflegt. Es kann sich nur um solche Fälle handeln, in denen das Trauma einen mehrere Muskeln innervierenden Nerven nachweislich in seinem ganzen Querschnitt lädiert oder einen Nervenplexus in toto getroffen hat, oder wenn bei partieller Verletzung eines solchen durch einen autoptischen Operationsbefund konstatiert werden kann, welche Äeste verschont geblieben sind. Allgemeine Gültigkeit hat das Lähmungsgesetz jedoch für die übrigen typischen Lähmungen der peripheren Nerven, insbesondere für die durch eine Polyneuritis bedingten. Und hiermit kommt A. auf den Begriff der „Gifaffinität“ und der „Erkrankungsbereitschaft“ zu sprechen.

Wir nehmen an, dass die verschiedenen Gifte, mögen sie toxischer oder infektiöser Natur sein, eine verschieden grosse Affinität zu einzelnen Organen oder Organsystemen haben oder umgekehrt. So gibt es Gefäss-, Blut-, Muskelgifte usw., selbstverständlich auch Nervengifte, und unter diesen wieder solche, die sich mit Vorliebe in der Gehirn- oder Rückenmarksubstanz verankern, andere, welche die peripheren Nerven bevorzugen. Warum das eine Gift mit Vorliebe oder ausschliesslich dieses oder jenes Organ befällt, wissen wir, von einigen Ausnahmen abgesehen, nicht und nehmen deshalb zu dem Begriffe der differentiellen Gifaffinität unsere Zuflucht. Unser Kausalbedürfnis kann und muss sich hiermit vorläufig zufrieden geben. Es kann ihm aber unmöglich zugemutet werden, anzunehmen, dass ein und dasselbe Gift eine besondere Verwandtschaft zu bestimmten peripheren Nerven oder Nervenästen eines Extremitätenabschnittes besitzt, dass es aber andere derselben Gliedmasse, die anatomisch und chemisch genau ebenso konstruiert sind, verschont. Besonders bemerkenswert ist, dass, wenn bei der gewöhnlichen Polyneuritis ein vom N. peron. profund. innervierter Muskel intakt bleibt, es der relativ kräftigste M. tibial. anticus ist, obgleich auch er die Anziehungskraft der Erde zu überwinden hat. Das kann man doch wirklich nicht mit einer verschiedenen Gifaffinität oder Erkrankungsbereitschaft der Nervenfasern erklären. Es wäre doch

mehr als gezwungen, anzunehmen, dass die die Mm. extens. digit. long. et brevis und Ext. hall. long. et brevis versorgenden Nervenäste des N. peron. prof. eine grössere Affinität zu dem betreffenden Gifte haben als die in dem M. tib. ant. eindringenden, dass das krankmachende Agens jene befällt und vor diesen Halt macht.

Wie wenig berechtigt die Annahme einer verschiedenen Gifaffinität oder Erkrankungsbereitschaft der Nervenfasern ist, zeigt auch die von vielen Beobachtern gemachte Feststellung, dass bei der Polyneuritis anscheinend funktionstüchtige Muskeln bei genauer Untersuchung sich oft auch als leicht geschwächt erweisen und eine deutlich herabgesetzte elektrische Erregbarkeit zeigen. Zum völligen Versagen aber kommt es nur bei den weniger kräftigen und unter ungünstigen Umständen arbeitenden Muskeln.

Nach dem Ergebnis von A.'s Untersuchungen, die er natürlich nur in Kürze vortragen konnte, sollte man Begriffe wie verschiedene „Vulnerabilität“ oder „Gifaffinität“ der Nervenfasern endgültig fallen lassen. Sie sind für unser kausales Denken entbehrlich geworden, nachdem es gelungen ist, sie durch exakte physikalische und psychologisch-anatomische Vorstellungen zu ersetzen. (Eigenbericht.)

17) Herr Steiner-Strassburg: „Ueber die ätiologische Erforschung der multiplen Sklerose“.

Nach einem Hinweis auf seine in Gemeinschaft mit Kuhn ausgeführten experimentellen Forschungen berichtet Votr. über Untersuchungen anamnestic-statischer Art bei multipler Sklerose.

Was den Stand und die Arbeitsweise der Polysklerotiker angeht, so scheinen die sozial niederen Stände mehr betroffen zu sein. Es ist jedoch hier Vorsicht am Platz, da das vielen Aerzten zugängliche Krankenmaterial sich vorzugsweise aus den niederen Ständen zusammensetzt und ferner entsprechend der grösseren Anzahl von Menschen niederer Stände die Erkrankungshäufigkeit auch absolut eine grössere sein muss.

Betrachtet man die Arbeitsweise derjenigen Personen der niederen Stände, die an multipler Sklerose erkranken, so finden sich gerne landwirtschaftliche Arbeiter, Holzhauer, Förster, Arbeiter in Sägewerken, Zimmerleute, Fuhrleute, Maurer, Monteure usw. erkrankt. Allen diesen Berufsschichten gemeinsam ist die Arbeitsweise im Freien und zwar besonders die auf dem freien Lande. Gewiss erkranken auch Leute in der Grossstadt; sehr häufig handelt es sich aber bei diesen um Personen, die früher auf dem Lande gelebt oder sich längere Zeit auf dem Land aufgehalten haben. Bei der vor dem Kriege herrschenden Landflucht der ländlichen Bevölkerung ist es notwendig, die Erkrankung der grossstädtischen Bevölkerung immer auch daraufhin zu beachten, ob nicht Landaufenthalt früher vorgelegen hat.

Bei sozial höheren Ständen kommt zweifellos multiple Sklerose ebenfalls vor. Hier scheinen mir aber zwei Momente beachtenswert: gerade diejenigen Teile der gebildeten Bevölkerung erkranken gerne an multipler Sklerose, die

sich viel im Freien bewegen, die Ausflüge machen oder grosse sportliche Leistungen vornehmen.

Andererseits scheinen die Stubenhooker vor der Erkrankung an multipler Sklerose fast gesichert.

Wenn wir das Lebensalter betrachten, in dem die multiple Sklerose erscheint, so lässt sich die Erkrankung als ein Leiden des kräftigsten Lebensalters bezeichnen. Vorzugsweise am Ende des zweiten und Anfang des dritten Lebensjahrzehnts tritt die multiple Sklerose auf, wobei ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass die zum Arzt führenden ersten Krankheitserscheinungen sehr häufig nicht den Beginn der Krankheit darstellen, sondern bei genauer Nachforschung oft vorübergehende, kurzdauernde, schon jahrelang zurückliegende Krankheitserscheinungen (Sehstörungen, Lähmungserscheinungen usw.) nachgewiesen werden können.

Auffällig ist, was das Lebensalter angeht, dass kleine Kinder und Greise von einer Erkrankung an multipler Sklerose in der weitaus überwiegenden Mehrzahl aller Fälle verschont bleiben. Gerade diejenigen Jahresschichten erkranken an multipler Sklerose, die in ihrer körperlichen Beweglichkeit am besten gestellt sind und die für ihren Bewegungsdrang auch am meisten freie Zeit zur Verfügung haben.

Man könnte dagegen einwenden, dass Kinder, etwa vom 7. bis 15. Lebensjahr auffallend selten an multipler Sklerose erkranken und dass doch bei ihnen sowohl die körperliche Beweglichkeit wie auch die Verfügung über ihre Zeit mindestens ebenso günstig liegt, wie bei den Schichten vom Ende des zweiten und Anfang des dritten Lebensjahrzehnts. Demgegenüber ist zu betonen, dass nach allem, was wir über die lange „initiale Latenz“ der multiplen Sklerose wissen, die ärztlich erkennbaren und zum Arzt führenden „ersten“ Krankheitserscheinungen erst vom 16. oder 17. bis zum 25., 26. Lebensjahr aufzutreten brauchen und trotzdem der Keim der Erkrankung schon innerhalb des 7. bis 15. Lebensjahres aufgenommen worden sein könnte.

Besteht eine Erklärungsmöglichkeit für das eben Dargelegte?

Wenn die multiple Sklerose eine Infektionskrankheit ist, so müssen wir uns überlegen, in welcher Weise die Krankheit übertragen wird, wie der Krankheitskeim in den Menschen hineingelangt?

Eine Uebertragung der Erkrankung von Mensch zu Mensch ist ganz gewiss ausgeschlossen, dafür bestehen keinerlei Anhaltspunkte.

Es ist auch nicht anzunehmen, dass der Krankheitskeim durch Aufnahme mit der Nahrung oder mit der Luft, durch Berührung mit Gebrauchsgegenständen oder mit Abfallstoffen den Menschen befällt, es fehlen im grossen und ganzen alle Beobachtungen über Erkrankungen am selben Ort und zur selben Zeit, über endemisches oder epidemisches Auftreten; die ausserordentlich seltenen familiären Erkrankungen dürfen hier gerade wegen ihrer Seltenheit ausser Berücksichtigung bleiben.

Als eine weitere Uebertragungsmöglichkeit kommt die durch lebende Krankheitsüberträger in Betracht.

Man könnte da an die Uebertragung durch Haustiere denken, jedoch konnte Votr. bei anamnestischen Nachforschungen keinerlei Hinweis auf eine Möglichkeit finden.

In neuerer Zeit hat man immer mehr die Bedeutung gewisser Insekten für die Uebertragung der verschiedensten Infektionskrankheiten kennen gelernt. Nicht nur beim Menschen (Malaria übertragen durch Anopheles, Fleckfieber übertragen durch Kleiderläuse, Schlafkrankheit übertragen durch Glossina palpalis, afrikanisches Rückfallfieber übertragen durch eine Zeckenart, Gelbfieber übertragen durch Stegomyia usw.), sondern auch beim Tier werden Krankheiten (Babesiosen, Nagana, Hühnerspirochätose usw.) durch Insekten verschiedener Art übertragen.

Vorhin wurde schon darauf hingewiesen, dass bei der Entstehung der multiplen Sklerose anscheinend der Aufenthalt und das Leben in der freien Natur eine Rolle spielt. Wir dürfen also vielleicht annehmen, dass alle diejenigen Insekten, die im menschlichen Gemeinschaftsleben bei engem Zusammensein vorkommen, Läuse, Flöhe usw., für das Zustandekommen der multiplen Sklerose unwesentlich sein könnten. Wir würden damit auf eine besondere Art von Insekten hingewiesen.

Von diesen Ueberlegungen ausgehend hat Votr. zu erforschen gesucht, ob nicht in der Vorgeschichte der Polysklerotiker Erlebnisse vorkommen, die einen Hinweis auf Uebertragung dieser Erkrankung durch Insekten geben würden. Bei 21 von bis jetzt gesammelten 43 Fällen von multipler Sklerose, also bei nahezu 50 pCt., findet sich in der Vorgeschichte angegeben, dass sie früher von Zecken befallen wurden oder dass sie mit der Hand Zecken an sich selbst, an anderen Menschen oder an Tieren entfernt und zerquetscht haben. Wahllos alle erreichbaren Fälle wurden vom Votr. befragt; auch die schon viele Jahre bestehenden Fälle, bei denen nicht selten das Gedächtnis etwas gelitten hatte, wurden anamnestisch untersucht, obwohl ja bei der vorhandenen Demenz eine negative Angabe keine bindende Kraft besitzen kann. Dem Votr. standen im wesentlichen nur Klassen der sozial niederen Stände zur Verfügung. Es darf wohl angenommen werden, dass bei ihnen ein Zeckenstich, der ganz schmerzlos verläuft, oft kaum beachtet wird und im Gedächtnis deshalb wohl auch kaum haften bleibt. Auch ist die Hautpflege ja naturgemäss in diesen Bevölkerungsschichten nicht so gut wie bei den sozial höheren Klassen.

Die Gegenprobe an nicht-polysklerotischen Personen der gleichen Alters- und Bevölkerungsklasse ergab 10 pCt. positive Ergebnisse.

Die Feststellung der Zeit des Zeckenbisses oder der Zeckenzerquetschung begegnet naturgemäss Schwierigkeiten, da Aufzeichnungen von den Kranken nie gemacht wurden und bei der Geringfügigkeit des Erlebnisses das genaue Datum nicht im Kopf behalten wurde. Immer lag der Zeckenbiss vor der Erkrankung und zwar auffallenderweise sehr häufig verhältnismässig lange Zeit, einige Jahre vor dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen.

Es darf dies nicht Wunder nehmen, wenn man den schleichenden Beginn der multiplen Sklerose mit ihrer verhältnismässig langen initialen Latenz betrachtet. Ferner müsste ja auch, wenn der Zeckenstich tatsächlich etwas mit der multiplen Sklerose zu tun hat und die Erkrankung nach einer ganz kurzen

Inkubationszeit auftreten würde, der Zusammenhang zwischen Zeckenstich bzw. Zeckenzerquetschung und multipler Sklerose schon lange bekannt sein. Das ist aber nicht der Fall. Es bestehen also bloss zwei Möglichkeiten: entweder der Zeckenstich hat nichts mit der multiplen Sklerose zu tun oder die Erkrankung an multipler Sklerose tritt längere Zeit nach dem ursächlichen Zeckenstich auf. Nebenbei sei nur erwähnt, dass das Ausbleiben der Erkrankung an multipler Sklerose nach einem Zeckenstich nicht als Gegenbeweis gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Zeckenstich und multipler Sklerose verwendet werden darf.

Aus der Geschichte der Ursachenlehre der nervösen Krankheiten liessen sich hier Vergleiche heranziehen. Bei der ganz kurzen Zwischenzeit zwischen Diphtherie und der postdiphtherischen Lähmung ist der ursächliche Zusammenhang unverkennbar. Bei der Chorea postinfectiosa wird ebenfalls noch der Zusammenhang mit der früheren Infektionskrankheit klar erkennbar. Aber schon bei der Schlafkrankheit war man sich längere Zeit im Unklaren darüber, ob das anfängliche Trypanosomenfieber mit dem späteren psychisch-nervösen Krankheitsstadium zusammenhinge. Beide Stadien waren früher als voneinander zu trennende Krankheiten vor allem auch deshalb aufgefasst worden, weil der zeitliche Zwischenraum zwischen den beiden Stadien oft ein recht grosser war. Wird endlich die zeitliche Entfernung der psychischen oder nervösen Krankheitserscheinungen von der ursächlichen Infektion sehr gross, so kann es Jahrzehnte lang dauern, bis der ursächliche Zusammenhang sicher klargelegt ist. Ein klassisches Beispiel hierfür sind die der Geschichte angehörenden Kämpfe bezüglich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Syphilis einer- und Tabes bzw. Paralyse andererseits.

Die Befragung nach den Zeckenstichen hat Votr. immer in der Weise vorgenommen, dass er nicht unmittelbar darauf losfragte, ob der Kranke von einer Zecke gestochen worden sei. Vielmehr wurde nach einleitenden Fragen über Beschäftigung auf dem Land, mit Haustieren, Aufenthalt im Wald, Bearbeitung von Holz usw. festzustellen gesucht, ob der Kranke überhaupt wusste, was Zecken sind. Nicht selten erwiderte auf solche Fragen der Kranke lächelnd von sich aus, das kenne er sehr wohl, er sei ja schon einmal von einer Zecke gestochen worden. Damit darf man sich aber nicht begnügen, man muss sich auch eine Beschreibung des stechenden Insekts geben lassen. Bei negativem Ergebnis der Befragung wird man sich vergewissern müssen, ob der Kranke Zecken überhaupt nicht kennt, oder ob sie ihm nur dem Namen nach unbekannt sind. Durch Vorzeigung von Bildern, durch Schilderung des Verhaltens der Insekten lässt sich dies ja mit Leichtigkeit feststellen. Die Kriegszeit brachte es mit sich, dass dem Votr. Fälle von multipler Sklerose aus den verschiedensten Teilen Deutschlands zugehen. Die Benennung der Zecken ist provinzial ausserordentlich verschieden (Zack, Zwack im Elsass, Waldbock im Thüringischen, Tücke im Hannoverschen usw.).

Die anamnестischen Erhebungen müssen auch darauf ausgedehnt werden, ob jemand mit der Hand Zecken bei anderen Menschen oder bei Tieren aus der Haut entfernt und mit den Fingern zerquetscht hat. Ein solches Vor-

kommis wurde auch unter den positiven Fällen vermerkt. Genau mussten natürlich auch die zeitlichen Verhältnisse des Zeckenstiches oder der Zerquetschung mit der Hand beobachtet werden. Als positiv konnte ein Fall nur bezeichnet werden, wenn das Erlebnis mit den Zecken sicher vor allen Krankheitserscheinungen stattgefunden hatte.

In einigen (4) meiner negativen Fälle wurden „Wespenstiche“ angegeben.

Votr. ist sich sehr wohl bewusst, dass die auffallende Häufigkeit des Zeckenstiches und der Zerquetschung der Zecken in der Vorgeschichte seines Materials zufällig sein und auf der geringen Zahl der bisherigen Untersuchungen und der sozialen Gleichartigkeit der Fälle beruhen kann.

Immerhin scheinen dem Votr. die bisherigen Ergebnisse doch wichtig genug; um als Richtlinien für künftige anamnestic-statistische Untersuchungen zu dienen.

(Demonstration von Präparaten der Tierimpfungen im Nebenzimmer.)

(Die Fälle werden später ausführlich veröffentlicht werden.)

(Eigenbericht.)

Aussprache.

Herr Ph. Kuhn-Strassburg i. E.: Abgesehen von einigen weiteren erfolgreichen Verimpfungen bei frischen Fällen von multipler Sklerose haben Steiner und ich folgende Fortschritte zu verzeichnen:

Mittels der Levaditimethode fanden wir die Spirochäten in den Lebern der Tiere von drei unserer veröffentlichten vier Fälle. Wir sahen sie nicht nur in den grösseren Gefässen, sondern auch in den Kapillaren, die manchmal vollgestopft sind.

Wir beobachteten die Spirochäten nicht nur bei den geimpften Kaninchen, sondern auch bei den Meerschweinchen. Damit halten wir den Einwand für widerlegt, dass es sich um harmlose Parasiten handelt, die den Kaninchen eigentümlich sind. Wenn sie nicht aus den kranken Menschen stammen, so müssten sie sowohl im Meerschweinchen wie im Kaninchen vorkommen. Das ist zwar unwahrscheinlich, liegt aber im Bereich des Möglichen. Wir beschränken uns nach wie vor darauf, unsere sicheren Beobachtungen mitzuteilen. Auch der von Siemerling mitgeteilte Befund von Spirochäten im Gehirn eines an multipler Sklerose Verstorbenen genügt uns noch nicht, um unsere Spirochäten endgültig als die Erreger der Krankheit zu bezeichnen.

Bei unseren Impfversuchen legen wir den grössten Wert auf die Auswahl ganz frischer Fälle von wenigen Monaten Krankheitsdauer. Alte Fälle sind ziemlich aussichtslos, was wir bei Nachprüfungen zu beachten bitten.

18) Herr Bethe-Frankfurt a. M.: „Theoretisches und Praktisches zur Frage der Nervennaht“.

Vergleichende Versuche über die verschiedenen Arten der Ausführung der Nervennaht, welche nach Möglichkeit an vergleichbaren Nerven desselben Hundes ausgeführt wurden, ergaben folgendes: Durchgreifende Nähte sind ungünstig, da sie ganze Nervenbündel abschnüren. Diese Methode scheint auch fast voll-

kommen aufgegeben zu sein. Die viel aussichtsreichere paraneurale Naht wird zum Teil mit (wenig zahlreichen) weit ausgreifenden Nähten, die dann meist stark angezogen werden, ausgeführt, zum Teil mit zahlreichen Nähten, die das Perineurium möglichst kurz fassen. Letztere Methode gibt wesentlich bessere Resultate. Die Narben sind glatt, die Neurombildung und Faserverwirrung ist meist gering, Wachstumsverirrungen (Keulen, Spiralen und rückläufige Fasern) fehlen fast ganz und die meisten Fasern finden Anschluss aneinander. Dagegen tritt beim starken Anziehen weitausgreifender Nähte eine pinselartige Auseinandertreibung der Faserbündel an den Querschnitten ein, so dass nur die zentralgelegenen Bündel glatten Anschluss erreichen. Die randständigen, umgebogenen Bündel des zentralen Stumpfs wuchsen zum Teil rückwärts, zum Teil erschöpften sie sich in der Bildung von zahlreichen Keulen und Spiralen. Neurombildung und Faserverwirrung sind hier sehr bedeutend. Dementsprechend ist das physiologische Resultat und die Neurotisation des peripheren Stumpfes bei weitausgreifenden Nähten ungünstiger.

Die Angabe vieler Autoren, dass eine Einscheidung der Nahtstellen notwendig wäre, oder wenigstens viel sichere Resultate ergebe, konnte nicht bestätigt werden. Auch dann, wenn die umgebende Muskulatur in ausgiebigster Weise zerfleischt war, traten ohne Tubulierung niemals bedrohliche Verwachsungen ein. Das physiologische Resultat war bei der Einscheidung niemals günstiger wie bei freiliegender Naht. Auch bei Tubulierung kommt es nach Zerfleischung der Umgebung stets zu Verwachsungen an den Rohrenden und dem freiverlaufenden Nervenanteil. Vergleichende Versuche über verschiedene Einscheidungsmaterialien ergaben die geringsten Verwachsungen bei Galalithröhren, welche meist in einigen Wochen resorbiert wurden, stärkere bei Kollodiumröhren, die stärksten bei Kalbsarterien. Die Reaktion vonseiten des Nerven selbst und der Umgebung (Infiltrationen und Riesenzellenanhäufung) waren bei Galalithröhren und Kalbsarterien mehrmals recht beträchtlich, bei Kollodiumröhren fehlten sie meist ganz. Kalbsarterien werden oft organisiert und führen zu Bindegewebstumoren.

Häufig lässt man Patienten nach Nerven-naht, besonders wenn sie unter Spannung erfolgte, wochen-, ja monatelang in fixierenden Verbänden. Nach dem Tierversuch muss dies als überflüssig erscheinen, da die Nahtstelle schon nach 5 bis 6 Tagen fest verwachsen ist.

Gegen die Einpflanzung von überlebenden Nerven der gleichen Tierart ist von Bielschowsky eingewandt worden, dass solche Transplantate nicht mit ihrem spezifischen Gewebe an der Heilung beteiligt seien. Es muss dem widersprochen werden, ebenso der Ansicht Bielschowsky's, dass es keine Aohsialstrangfasern gäbe. Die Ansicht Bielschowsky's, dass abgetötete Nerven auch anderer Tierarten die gleichen Dienste leisteten, konnte nicht bestätigt werden. In meinen Versuchen wurden solche Nerven bisher immer resorbiert und durch Gewebe des Wirts ersetzt.

Kirchner hat gegen die Transplantation den Einwand erhoben, dass bei diesem Operationsverfahren zwei Nahtstellen zu durchwachsen seien; jede Nahtstelle gäbe aber ein neues Hindernis. Der Vergleich zwischen einem Hund, bei

dem der linke Ischiadikus nur einmal durchschnitten und genäht, der rechte Ischiadikus dagegen an vier Stellen durchschnitten und vernäht wurde, ergab das Resultat, dass die vielfache Durchschneidung nicht ungünstiger wirkt. Die physiologische Wiederherstellung (Auftreten der Sensibilität und Motilität) geschah auf beiden Seiten fast gleich schnell und die Erregbarkeit der freigelegten peripheren Stümpfe war nahezu gleich. Ebenso war die Neurotisation rechts und links nicht verschieden. Dieses Resultat erklärt sich daraus, dass die Verheilung an allen Unterbrechungsstellen von Serien des lokalen Gewebes geschieht. (Eigenbericht.)

19) Herr Goldstein berichtet über eigentümliche „ringförmige“ Gesichtsfelddefekte bei Hirnverletzten, die er gemeinsam mit Dr. Gelb untersucht hat. Perimetriert man fortlaufend von aussen nach innen, so findet man bei gewissen Kranken ein „peripheres Ringskotom“, das etwa die Grade 40 bis 60 einnimmt. Zwischen dem Ringskotom und der Aussengrenze des Gesichtsfeldes liegt eine ringförmige Zone, in der der Patient das Prüfungsobjekt sieht. Eine genaue Untersuchung ergab, dass es sich nicht um absolute Skotome handelt, sondern dass es möglich ist, durch stärkere Reize Empfindungen innerhalb des „Ringes“ hervorzurufen. Der Ring ist auf der temporalen Seite gewöhnlich stärker ausgebildet als auf der nasalen. Er ist hier breiter und amblyopischer und manchmal überhaupt nur temporal als Sichel nachweisbar. Der „Ring“ hat bei verschiedenen Untersuchungen ungefähr dieselbe Lage in Beziehung auf die Aussengrenze des Gesichtsfeldes und entspricht deshalb bei verschiedenen Aussengrenzen des Gesichtsfeldes verschiedenen Partien der Netzhaut. Es handelt sich also überhaupt nicht um eigentliche Skotome. Engt sich die Aussengrenze infolge Ermüdung ein, so wird der Ring breiter und amblyopischer und umgekehrt bei Erholung. Diese Ermüdung tritt sehr schnell bei fortlaufender Untersuchung ein, und dadurch kann es zu sehr verschiedenen Gesichtsfeldbildern kommen, je nachdem man in der Richtung des Uhrzeigers oder in der entgegengesetzten Richtung perimetriert. Bei Benutzung eines grösseren Objektes liegt der Ring zentraler, bei Benutzung eines kleineren mehr peripher. Bei zentrifugaler Objektführung kommt es vor, dass das Objekt, wenn es einmal verschwunden ist, überhaupt nicht mehr gesehen wird, so dass die sonst erhaltene ringförmige Aussenzone gar nicht oder nur unvollkommen feststellbar ist. Alle angeführten Momente gelten sowohl für Perimetrie mit Weiss, wie für Farben.

G. sieht in diesen Erscheinungen die Folgen einer Ermüdbarkeit des Sehorganes, die sich in einer abnormen Herabgesetztheit der Leistungsfähigkeit bei seiner Inanspruchnahme, einer aussergewöhnlich starken Abnutzung der Sehschubstanz äussert. Dadurch lassen sich alle erwähnten Eigentümlichkeiten erklären. Dadurch erklärt sich auch die Abhängigkeit der Güte der Leistungen vom Allgemeinzustand und eine Reihe von anderen Tatsachen, die G. noch erwähnt. Er bringt die Störung in Beziehung zu den von Wilbrandt und Saenger beschriebenen Erscheinungen des oszillierenden Gesichtsfeldes, ist aber der Ansicht, dass dieser Ausdruck nicht ganz den Tatsachen gerecht wird.

Es handelt sich nicht um eine Oszillation im wirklichen Sinne, bei der Stärke und Ausdehnung der Amblyopie des Skotoms in allen Netzhautstellen die gleiche ist, sondern ihre Stärke ist recht verschieden und abhängig von der Netzhautpartie, die untersucht wird. Die Stärke und Ausdehnung wird umso grösser, je mehr man sich der Aussengrenze des Gesichtsfeldes nähert. Nur dadurch kommt es ja zu dem ringförmig aussehenden Gesichtsfelddefekt. Der Vortragende ist deshalb geneigt, nicht einfach von einer Oszillation zu sprechen, sondern von einer abnormen Abnutzung des ganzen Sehorganes unter dem Einfluss des Reizes. Die scheinbare Oszillation beim fortlaufenden Perimetrieren auf einem Meridian kommt: 1. durch die Verschiedenheit der normalen Ansprechbarkeit der verschiedenen Zonen zustande, deshalb tritt überhaupt, nachdem eine periphere Zone unerregbar geworden ist, in einer zentraleren das Objekt wieder auf, da die gleiche Herabsetzung der Ansprechbarkeit des ganzen Gesichtsfeldes den zentraleren Partien weniger schadet als den peripheren; 2. dadurch, dass mit fortschreitender Perimetrie die Ermüdung auf der noch nicht gereizten Netzhaut dauernd zunimmt. Deshalb tritt schliesslich auch in den zentraleren Partien bei Weiterreizung peripher gelegener und noch sehender eine so starke Herabsetzung der Leistungsfähigkeit auf, dass wieder eine blinde Stelle entsteht u. s. f. Die Autoren sehen in der Störung den Ausdruck einer Schädigung des Sehorganes, wahrscheinlich durch eine Ernährungsstörung. Sie wollen diese speziell mit dem zentralen Sehapparat in Beziehung bringen, auch deshalb, weil sie sie besonders bei Hinterhauptverletzten gefunden haben. Für das Vorliegen einer Ernährungsstörung spricht der Umstand, dass es sich meist um Fälle handelt, bei denen auch sonst eine Störung des vasomotorischen Regulationsmechanismus vorliegt.

Es handelt sich um organisch bedingte Störungen, nicht um hysterische. Die Störungen haben eine grosse praktische Bedeutung, weil sie ihre Sehfähigkeit bei der anhaltenden Inanspruchnahme des Auges und damit ihre Leistungsfähigkeit in starkem Masse beeinträchtigen.

(Ausführliche Mitteilung, in der auch die Literatur berücksichtigt werden wird, erfolgt demnächst.) (Eigenbericht.)

20) Herr Gierlich-Wiesbaden: „Lymphozytose und Neutropenie bei Kriegsneurotikern“.

Zur besseren Beurteilung der Krankheitsäusserungen der Neurotiker untersuchte Vortragender das weisse Blutbild, sowie mittels der Adrenalin- und Pilokarpinprobe das Vorhandensein von Sympathikotonie und Vagotonie. Nach sorgfältiger Ausscheidung aller infektiösen Erkrankungen, bei denen Lymphozytose durch toxische Einflüsse vorübergehend nachgewiesen wurde, fand sich bei 230 Neurotikern in 80 pCt. Lymphozytose und Neutropenie, das sogenannte Kocher'sche Blutbild. Die Löwi'sche Adrenalinprobe war 22 mal, die Pilokarpinprobe 25 mal positiv. 26 von den 230 Fällen zählten zu den Basedowiden. Status thymicolymphaticus war bei 10 Fällen deutlich ausgeprägt. Die anderen Diathesen, Degeneratio adiposogenitalis, Eunuchoidismus, Asthenie Stiller's usw. wurden nur vereinzelt angetroffen. Das Kocher'sche

Blutbild steht somit ebensowenig in Abhängigkeit von Sympathikotonie, Vagotonie, Basedowoid, wie vom Status thymicolymphaticus, mit dem es vielfach identifiziert wird, und anderen Diathesen. Das, wie Kocher meinte, dieses Blutbild für den Morbus Basedowii charakteristisch sei, gilt heute als widerlegt. Vortragender kommt somit zu dem Schlusse, dass die endogene Lymphozytose und Neutropenie eine selbstständige Krankheitsanlage darstellt. Das Blutbild entspricht dem eines Kindes von 10—12 Jahren. Es besteht ein Infantilismus der blutbildenden Organe, der eine Minderwertigkeit des Gesamtorganismus zur Folge hat. Bauer spricht von degenerativem Blutbild auf der Grundlage eines Status degenerativus. Verursacht ist das Blutbild durch eine Dysfunktion der Blutdrüsen, eine Dysharmonie. Es ist stets verbunden mit einer grossen Labilität des Nervensystems, einer neuropathischen Veranlagung. Lymphozytose und Neutropenie sind somit ein wertvolles objektives Krankheitszeichen zur Beurteilung der Neurotiker. (Eigenbericht.)

21) Herr Stern-Strassburg i. E.: „Ueber die Störung der motorischen Geschicklichkeit bei Imbezillen“.

Wenn man die Ergebnisse der allgemein üblichen Intelligenzprüfungen mit der praktischen Leistungsfähigkeit eines Mannes vergleicht, so finden sich häufig ganz auffallende Widersprüche. Leute, die bei der Intelligenzprüfung schlecht abschneiden, erweisen sich oftmals im Leben noch als durchaus brauchbar. Worin hat dieser Umstand seine Ursache? Doch wohl in erster Linie — es kommen noch andere Faktoren in Betracht — darin, dass die Intelligenzprüfung ganz andere psychische Funktionen untersucht, als diejenigen, welche für die Praxis in Betracht kommen. Mit Recht hebt Otto Lipmann in einer kürzlich erschienenen Arbeit hervor, dass die gewöhnliche Intelligenzprüfung den Gelehrten und nicht den Mann der Praxis zu prüfen geeignet sei. Er trennt daher die „theoretische“ von der „praktischen“ Intelligenz und fordert die Untersuchung der letzteren für die Beurteilung der praktischen Brauchbarkeit. Er gibt auch bereits einige Hinweise, wie dies geschehen kann, wobei er sich ziemlich eng an den kürzlich von der Preussischen Akademie der Wissenschaften herausgegebenen Bericht über eine Arbeit von Köhler: „Intelligenzprüfungen an Antropoiden“ hält. Ich kann leider auf diese interessanten Untersuchungen nur kurz hinweisen.

Definieren wir die natürliche Intelligenz ganz allgemein mit William Stern als die „allgemeine Fähigkeit eines Individuums, sein Denken bewusst auf neue Forderungen einzustellen, als allgemeine geistige Anpassungsfähigkeit an neue Aufgaben und Bedingungen des Lebens“, so will mir scheinen, dass sich dieser Intelligenzbegriff in verschiedene Faktoren zerlegen lässt, oder wenn man ihn, wie ich dies vorschlagen möchte, enger fasst, dass zur Bestimmung der praktischen Leistungsfähigkeit noch einige andere Faktoren hinzutreten müssen, und unter diesen scheint mir nun die Prüfung der motorischen Geschicklichkeit eine besondere Stellung einzunehmen. Wir können die motorische Geschicklichkeit definieren als die Fähigkeit, Bewegungen sicher, schnell und zweckentsprechend auszuführen.

Bei Imbezillen finden sich nun weitgehende Störungen der motorischen Geschicklichkeit; die Tölpelhaftigkeit vieler Schwachsinniger ist ja bekannt, und auch ihr blöder Gesichtsausdruck scheint zum grössten Teil seine Ursache in der mangelnden Beherrschung der Gesichtsmuskulatur zu haben. Es fällt nun oftmals auf, dass auch ganz einfache Bewegungen eine mangelnde Geschicklichkeit verraten. Um dies eingehend zu prüfen, habe ich auf Anregung und in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Steiner, unter Mithilfe von Herrn Dr. Rothacker ein Schema zur Prüfung der Psychomotilität aufgestellt; wir gehen dabei so vor, dass wir die Versuchsperson zunächst eine Reihe gewohnter Bewegungen eines Gliedes ausführen lassen. Dann gehen wir zu ungewohnten über und lassen schliesslich Bewegungen von zwei und drei Gliedern gleichzeitig ausführen. Das Schema ist dabei an Bewegungen angepasst, welche in der Praxis des täglichen Lebens wirklich vorkommen. Gerade dies erscheint für die Beurteilung der praktischen Verwendbarkeit erforderlich. Es fällt nun auf, dass eine grosse Anzahl von Schwachsinnigen nicht in der Lage ist, drei, oft sogar schon zwei Bewegungen gleichzeitig auszuführen, dass oft ungefordert Mitbewegungen gemacht werden; einige erweisen sich als lernfähig und übbar, bei anderen trifft dieses nicht oder nur in sehr geringem Masse zu.

Ausser diesen eben skizzierten Untersuchungen kommt die Feststellung der Bewegungsgeschwindigkeit und der Bewegungssicherheit in Betracht. Zur Prüfung der ersteren liess ich einen Kurbelapparat anfertigen, der die Dauer der Kurbelbewegung am Chronoskop misst. Auch hier zeigte sich eine wesentliche Verlängerung der erforderlichen Zeit bei Schwachsinnigen. Die Bewegungssicherheit der Hand wurde dadurch gemessen, dass ich die Versuchsperson vor eine Blechtafel setzte, aus der verschiedene Buchstaben und Figuren ausgeschnitten waren, und sie anwies, mit einer Metallnadel durch die Lücken hindurchzufahren. Die Berührungen der Nadel und des Metalles schlossen einen Stromkreis und wurden am Kymographion aufgezeichnet. Die Zahl der Berührungen und erforderliche Zeit ergeben ein Mass für die Bewegungssicherheit der Hand. Auch hier ist die Leistung der Schwachsinnigen wesentlich schlechter.

Neben diesen Methoden haben wir nun noch die Prüfung der komplexen Geschicklichkeit mit Hilfe von Geschicklichkeitsspielen vorgenommen. Auch hier ergeben sich interessante Resultate.

Vergleicht man die Ergebnisse der geschilderten Versuchsanordnung mit dem Ausfall der Intelligenzprüfung, so zeigen sich deutliche Widersprüche und zwar in dem Sinne, dass die Kranken, die sich im Leben als brauchbar erweisen, selbst bei schlechtem Ausfall der Intelligenzprüfung, hier meist noch recht gut abschnitten, so dass diese Untersuchungen, neben anderen, über die ich an anderer Stelle ausführlich berichten werde, ein besseres Bild von der praktischen Leistungsfähigkeit des Untersuchten ergeben. Die bisherigen Methoden der Intelligenzprüfung bedürfen also, wenn diese ihre Aufgabe erfüllen soll, uns ein Mittel zur Beurteilung der Verwendbarkeit eines Kranken an die Hand zu geben, eine Ergänzung durch andere Methoden.

Unter diesen spielen, wie mir scheint, die hier vorgetragenen eine wichtige Rolle.

(Eigenbericht.)

22) Herr Wollenberg: „Zur Vorgeschichte der Kriegsneurotiker“.

Der Vortragende unterscheidet bei der Kriegshysterie einerseits die vorübergehenden Hysterismen, wie Zittern, einzelne Anfälle, Sprachstörungen usw., bei denen von vornherein eine Heilungstendenz vorhanden ist, andererseits die hysterischen Dauerformen, also die schweren Störungen des Ganges, hartnäckige Neigung zu Krämpfen, Zittern und Tics usw., welche diese Heilungstendenz nicht haben und sich gewissermassen „einfressen“, wenn sie nicht aktiv behandelt werden.

Die Hysterismen können rein exogen sein und bei Gesunden allein durch Kriegserlebnisse hervorgerufen werden. Natürlich kommen auch sie bei Endogendisonierten besonders leicht vor. Dagegen sind die Dauerformen in ihrer grossen Mehrzahl nachweisbar endogen bedingt. Es bleiben aber auch hier immer einige Fälle übrig — und Jeder von uns wird solche im Gedächtnis haben —, in denen die üblichen Nachforschungen keinen Beweis für Endogenie ergeben. Es fragt sich nun, ob in der Tat solche Fälle schwerer Hysterie bei Nichtveranlagten vorkommen, mit anderen Worten, ob die seinerzeit von Hoche ausgesprochene Meinung, jeder mann sei hysteriefähig, ohne Einschränkung gilt.

Wir beantworten die Frage der Endogenie gewöhnlich auf Grund der Anamnese, die wir von dem Kranken selbst und den uns gerade zugänglichen Personen seiner Umgebung erhalten, und der Erhebungen, die wir auf schriftlichem Wege bei den Heimatsbehörden anstellen. Darüber hinaus ist nach meiner Kenntnis bisher nur Laudenheimer gegangen, welcher vor 3 Jahren hier über „die Anamnese der sog. Kriegpsychoneurosen“ gesprochen hat. Er hat aber, dem Zweck seiner Untersuchung entsprechend, die Hysterischen nur nebenher behandelt und auch damals nur eine kleine Zahl von Fällen benutzen können.

Ich habe deshalb einen der jüngeren Aerzte meines Lazarets, den Feldunterarzt Kössler, veranlasst, 100 Krankenblätter von Kriegshysterikern auf das Vorhandensein von endogener Veranlagung durchzusehen und über die dort als ganz gesund und nicht veranlagt Bezeichneten am Wohnort selbst persönlich Ermittlungen anzustellen. Von diesen 100 Fällen, von denen übrigens 50 pCt. nicht aktiv gedient hatten, sollte nach den Krankenblättern bei 11 eine endogene Veranlagung durchaus fehlen. Die Ermittlungen zu Hause ergaben nun ohne weiteres für 6 Fälle das Gegenteil; es waren Züge von Minderbegabung, abnorme Weichlichkeit, Erregbarkeit, Widerspenstigkeit, auch frühere krankhafte Reaktionen festzustellen. In 2 Fällen hatte sich Zittern an fieberhafte Erkrankungen angeschlossen, sie hatten also etwas Besonderes an sich, 1 Fall war ein alter Rentenempfänger, und von den 2 übrig bleibenden machte der eine auf den Besucher doch einen recht psychopathischen Eindruck, während bei dem anderen von Anfang an psychotische Merkmale sehr stark hervorgetreten waren. Ausserdem ergaben sich bei Vergleichung der schriftlichen und mündlichen Auskünfte erhebliche Widersprüche hinsichtlich des Gesundheitszustandes der anderen Familienmitglieder. Ueber

die Einzelheiten der Untersuchungen wird Herr Kössler in einer Arbeit demnächst berichten. Jedenfalls scheint mir das Mitgeteilte die Folgerung zu rechtfertigen, dass man mit der Annahme hysterischer Dauerformen ohne Endogenie sehr vorsichtig sein muss. Ich glaube an solche nicht recht und bin der Meinung, dass sie immer seltener sein werden, je eifriger man nachforscht. Hierfür steht aber der beschrittene Weg der persönlichen Erkundigung allein zur Verfügung und dieser ist mühsam, auch wenn die Nachforschungen wie bei uns auf die nähere Umgebung des Standortes beschränkt werden. Die Sache ist von praktischer Wichtigkeit, weil in einer Arbeit von Nonne neuerdings mit Recht das Vorhandensein oder Fehlen der Endogenie als Anhaltspunkt für die Beurteilung der weiteren militärischen Leistungsfähigkeit der Leute bezeichnet worden ist. (Eigenbericht.)

23) Herr Haenel: „Zur physiologischen Mechanik der Wünschelrute“.

In den mancherlei Arbeiten, die sich neuerdings mit der Wünschelrute beschäftigen, ist bisher der Bewegungsvorgang selbst, der sich an ihr abspielt, noch kaum einer näheren Betrachtung unterworfen worden. Ihn zu studieren ist aber schon deshalb nötig, weil wir dadurch allein Aufschluss erhalten können über die Quelle der Kraft beim Rutenausschlag; das Missverhältnis zwischen der Geringfügigkeit der strahlenden oder sonstwie gearteten Erdkraft und der Heftigkeit der Ausschlagsbewegung ist ja einer der auffälligsten Momente in der ganzen Wünschelrutenfrage.

Die Wünschelrute hat von alters her stets eine gleiche Form: ein Gabelzweig aus frischgeschnittenem elastischen Holze mit zwei gleichlangen und möglichst gleichstarken Gabelenden, und einer unpaaren kürzeren Gabelspitze. Die Art des Holzes ist gleichgültig. Häufig sind auch Ruten, in der gleichen Form gebogen oder gedreht, aus Eisen-, Kupfer-, Messing-, Silberdraht in Gebrauch. Das Material ist mehr oder weniger Geschmackssache des einzelnen Rutengängers.

Wie wird diese Rute gehandhabt? Folgende Regeln beobachtet der Rutengänger:

1. Er legt die Oberarme fest an den Oberkörper an.
2. Er fasst die Rute mit Untergriff, d. h. mit supinierten Händen.
3. Er hält sie mit der Spitze horizontal nach vorne.
4. Das Wichtigste: Er spannt sie, d. h. spreizt die Gabelenden auseinander, wozu je nach der Stärke und Elastizität des Materials eine grössere oder geringere Kraft aufgewandt werden muss. Und zwar sind dabei folgende Muskeln tätig:

- a) Die Muskeln des Schultergürtels adduzieren die Oberarme.
- b) Die Beuger am Oberarm flektieren die Unterarme rechtwinkelig.
- c) Die Rotatoren am Schulterblatt drehen die Ober- und damit zugleich die Unterarme nach auswärts, dem Widerstand der Rute entgegen.
- d) Die Fingerbeuger suchen die an der Daumenwurzel sich stützenden Gabelenden in die Handfläche hineinzudrücken.

e) Die Supinatoren halten die Handfläche nach oben und damit die Gabelspitze nach vorne.

Diese letztere Aufgabe ist aber grundsätzlich anderer Art als: die Rute zu spannen. Der Rutengänger weiss, dass die Rute in seiner Hand ausschlagen will und soll, und dass er sie darin nicht hindern darf. Sie muss trotz der Spannung in seinen Händen „spielen“. Mag er also auf die Muskelgruppen a—d selbst erheblichere Kraft aufwenden, die Supinatoren wird er nur so wenig innervieren als nötig ist, die horizontale Ausgangsstellung beizubehalten. Er spart also unter einer ganzen Menge stark arbeitender Muskeln eine einzelne Gruppe aus und hält sie in Minimalspannung; die Beobachtung lehrt, dass dieser scheinbar so komplizierte Normalgriff des Rutengängers sich ohne grosse Schwierigkeiten erlernt und sich bald von selbst einstellt.

Während die Muskulatur des Rutengängers in dieser besonders gearteten Koordination sich befindet, geht an der Rute folgendes vor: Die auseinandergedrängten Gabelenden streben kraft ihrer Elastizität darnach, sich einander wieder zu nähern. Sie suchen das zu erreichen an der Stelle des geringsten Widerstandes und finden diesen dort, wo die Innervation am schwächsten ist: bei den Supinatoren. Die Stellen, wo die Gabelenden ihren Stützpunkt haben, das erste Spatium interosseum, liegen bei supinierten Händen nach aussen, also am weitesten von einander entfernt. Zwingt die Rute die Hände in Pronation, so erreicht sie ihr Ziel, die Entspannung, ohne dass die Arme einander genähert zu werden brauchen, gewissermassen durch Ueberrumpelung: Durch die Handdrehung wird bei unverrücktem Abstände auf beiden Seiten um eine halbe Handbreite der Abstand der Gabelenden vermindert; genügend, um sie zur Ruhelage kommen zu lassen; diese ist bei der Pronation dann natürlich mit abwärts gerichteter Gabelspitze vorhanden: Die Rute hat aufgehört zu „arbeiten“, hat ausgeschlagen, und zwar ohne dass der Rutengänger seine innervierten, gespannten Arm- und Handmuskeln losgelassen hat, also scheinbar ohne, ja gegen seinen Willen. Das vorhergehende labile Gleichgewicht wurde noch dadurch begünstigt, dass das Radio-Humeralgelenk als ein Rollgelenk mit der am langen Hebelarm angehängten Last der Hand besonders leicht spielt. Der angehende Quellensucher spürt dies im „Arbeiten“ der Rute in seiner Hand als eine Art Eigenkraft, die dieser inne wohnt: er hält sie mit festem Griff gespannt, seine Aufmerksamkeit ist auf die Spreizung der Arme gerichtet, das Tasten der Rute nach dem Locus minoris resistentiae hat fast etwas von einem lebendigen Wesen an sich. Die Rute zieht auf- oder abwärts, natürlich, weil er sie auseinander zieht. Es ist in der beschriebenen Mittellage fast schwerer, sie horizontal zu halten, als sie ausschlagen zu lassen.

Es ist damit auch verständlich, dass der Ausschlag um so heftiger erfolgt, je fester der Rutengänger die Rute hält, d. h. spannt: ist erst die Supinationsstellung überwunden, so erfolgt der Uebergang in die Pronation mit einem schnappenden Rucke, der um so kräftiger ist, je mehr die Elastizität der Rute beansprucht worden war, und in der Tat etwas Ueberraschendes, Gewalttames an sich hat.

Die Frage nach der Herkunft der bewegenden Kraft beim Ausschlag ist also dahin zu beantworten: sie stammt aus 2 Quellen, 1. der spannenden Kraft der Armmuskeln, 2. dem Widerstand, den die elastische Rute der Spreizung entgegensetzt. Die spezielle Form des Ausschlages ist bedingt durch den Mechanismus des Handgelenks. Das labile Gleichgewicht in der Ausgangsstellung ist ebenfalls die Folge zweier Momente: eines psychisch-physiologischen, das einzig die Supinatoren nahezu entspannt, lässt unter den übrigen stark innervierten Muskeln des Armes und eines anatomisch-physiologischen, das auf der leichten Rollbewegung des Speichenköpfchens beruht. Das stabile Gleichgewicht ist die Folge der plötzlichen Pronation, die die Gabelenden bis zur Entspannung wieder einander nähert.

Es ist somit erklärlich, dass das Material der Rute als solches, ob Holz, Draht, Stahl usw., gar keine bestimmende Rolle spielt, sobald ihm nur eine gewisse Elastizität inne wohnt. Der Vorgang des Ausschlages ist rein physiologisch-mechanisch; auf magnetische, hygroscopische oder sonstige Eigenschaften kommt es dabei gar nicht an.

Was wir bisher betrachtet haben, ist die von den Rutengängern am häufigsten eingenommene Grundstellung und der Normalausschlag nach unten. Nun gibt es aber eine Reihe anderer Ausschlagsarten, die freilich selten vorkommen scheinen. Beim Ausschlag nach oben findet die Rute trotz gleichbleibenden Armabstandes — was für den subjektiven Eindruck immer sehr wichtig ist — die Ruhelage dadurch, dass die Hände statt zu pronieren in Uebersupination geraten; auch dabei nähern sich die Gabelenden und haben ausserdem die Möglichkeit, von ihrem Stützpunkte an den Daumenwurzeln nach dem Zeigefinger zu abzugleiten und somit an Spannung zu verlieren. Die Gabelspitze schlägt gegen die Brust und hat das Bestreben, sich rückwärts und abwärts bis zur Ruhelage nach unten weiter zu drehen: der Anfang des „Rotierens“ der Rute. Das mechanische Prinzip ist das gleiche wie beim Normalausschlag abwärts. Bei Obergriff, der bei Holzruten etwas Seltenes ist, fehlt das labile Gleichgewicht, wenn die Spitze nach vorn zeigt, tritt aber ein, wenn die Grundstellung mit der Spitze nach hinten genommen wird; dann stützen sich die Gabelenden an den Kleinfingerballen und werden entspannt, wenn die Hand supiniert wird; die Folge ist der Ausschlag nach oben und vorn. Wir sehen, dass bei diesen letzteren Bewegungsarten der Ausschlagswinkel von 90° schon gern überschritten wird: schnell bei heftigem Ausschlag die Rute über die Senkrechte hinaus, so kann der Rutengänger den naheliegenden Irrtum begehen, dass er, statt nunmehr nachzulassen, noch fester „zupackt“, d. h. stärker auseinander zieht und die für einen Moment ausgeschaltete Elastizität der Rute damit von neuem weckt. Er hat dann den Eindruck, dass sie sich trotz allen Widerstandes, d. h. in Wirklichkeit wegen dieses seines Widerstandes, unaufhaltsam weiterdreht, und der Erfolg ist das für den Zuschauer so auffallende Rotieren der Rute. Bekanntlich kann der Ausschlag gelegentlich so heftig sein, dass „es“ die Rute dabei zerbricht, d. h. der Rutengänger selbst sie, sobald er die missverstandene Bremskraft, die ja

in der Tat als Triebkraft wirkt, übertreibt: sie reisst dann entweder an der Spitze auseinander oder kniekt an den Stellen, die die stärkste Durchbiegung erfahren, d. h. dicht an den haltenden Händen ab.

Insoweit ist an der Bewegung der Wünschelrute nichts Mystisches oder Okkultes; dieses Gebiet beginnt erst, wenn man die Frage zu beantworten sucht, weshalb an bestimmten Stellen im Gelände der Ausschlag erfolgt. Wir wissen jetzt, dass der Rutengänger diesen nicht eigentlich erzeugt, sondern nur die mechanischen Bedingungen dafür in dem Muskel-Ruten-System schafft, und ihn dann zulässt. Es sind keine „Greif- oder Beuge- oder Tastbewegungen (wie von anderer Seite behauptet wurde) dabei im Spiele, bezeichnend ist die eigenartige Mischung zwischen Innervation und Erschlaffung in eng zusammengehörigen Muskelgebieten. Das Nachgeben der Supinatoren kann dann hervorgerufen werden durch allerhand, was die Aufmerksamkeit des Rutengängers fesselt oder ablenkt, überhaupt ändert; sei dies nun die Empfindung für irgend welche „Erdströme“ oder Erdstrahlen, oder die Entdeckung bestimmter Merkmale der Bodenoberfläche, unklare körperliche Sensationen oder reine Autosuggestionen oder eine Mischung von mehreren dieser Momente — der Erfolg auf den Muskel-Ruten-Apparat wird der gleiche sein. Lässt sich doch, wie wir gesehen haben, der Ausschlag auch wirklich ohne besondere Kunst hervorrufen. Wegen dieser Mannigfaltigkeit der möglichen Ursachen, die im Einzelfalle oft schwer oder gar nicht auseinanderzuhalten sein werden, wird auch der Streit um das Wesen der Wünschelrute, um Echtheit oder Trug des Phänomens, nicht so leicht zur Entscheidung kommen. Jedenfalls ist es aber nicht berechtigt, wenn so manche Untersucher, die da und dort Selbsttäuschung, Betrug oder Mystifikation nachgewiesen haben, nunmehr den Stab brechen über jeden, der sich mit den Wünschelrutenerscheinungen befasst, und die ganze Angelegenheit in das Gebiet des Aberglaubens verweisen. (Eigenbericht.)

24) Herr M. Rosenfeld-Strassburg i. E. demonstriert Kopfkurven oder Kephalogramme, die in der Weise hergestellt wurden, dass bei der Prüfung auf das Romberg'sche Phänomen die Bewegungen des Kopfes bzw. des Körpers durch eine einfache Vorrichtung aufgeschrieben wurden. Die zu untersuchende Person erhält eine helmartige Kappe auf den Kopf gesetzt, welche aus schmalen gebogenen Blechstreifen zusammengesetzt ist, welche in Scheitelhöhe zusammengehen und unten frei enden, so dass die Kappe durch ein die freien Enden verbindendes Band sich leicht jeder Schädelform anpassen kann. Oben trägt die Kappe einen Schreibhebel, der etwas nach hinten gebogen ist, stark federt und sich auf diese Weise gut an die über der Person befindliche Schreibtäfel anlegt. Die Schreibtäfel kann an einer an der Wand befestigten Eisenstange auf- und abbewegt werden. Vortr. demonstriert nun normale Kephalogramme, solche von Personen mit schlechter Stabilität, von nervösererschöpften mit und ohne Kopftrauma und von simulationsverdächtigen Personen. Auch die verschiedenen Tremorformen geben recht charakteristische Kephalogramme. An den Kurven sind zu beachten: die Länge der in einer

Zeiteinheit (meist um 20 Sekunden) zurückgelegten Strecke, die sich leicht durch einen Kurvenmesser bestimmen lässt, ferner das Areal, welches die Kurve im ganzen einnimmt, die Form der Kurven, die Zitterbewegungen, welche die Kurve unterbrechen, und schliesslich die zeitlichen Verhältnisse, unter denen die Kurve zustande kommt. Namentlich bei den sehr charakteristischen Kephalogrammen der Tabiker, von denen mehrere demonstriert werden, wird eine genauere Zeitmessung angezeigt sein, da wir bei diesen Kranken ja gerade schleudernde Bewegungen von wechselndem Tempo zu sehen pflegen. Diese Zeitmessung hat der Votr. dadurch zu ermöglichen versucht, dass er den Schreibhebel des Helms in Form eines hölzernen schmalen Brettes nach unten gerichtet hat, so dass er der Schreibtisch aufliegt; die Reibung des Schreibhebels auf der Unterlage wird durch einen glatten Metallknopf möglichst verringert. Neben dem Schreibstift, welcher in blauer Farbe zeichnet, ist ein zweiter, sehr weicher Graphitstift angebracht, der durch eine einfache Vorrichtung jede Sekunde in die blau gezeichnete Kurve oder direkt daneben einen kleinen schwarzen Strich einzeichnet. Votr. demonstriert ein solches Kephalogramm mit Zeitmessung bei einem Soldaten mit linksseitiger Kleinhirnverletzung und Hemiataxie. Schliesslich hat Votr. noch versucht, die angegebene Methode auch zur Aufzeichnung von solchen Kopfbewegungen zu benutzen, die bei der Untersuchung auf dem Drehstuhl als Reaktionsbewegungen der Vestibularisreizung auftreten. Auch hier werden sich diagnostisch verwertbare Kurven herstellen lassen. Die Resultate sind aber noch nicht zahlreich genug, um über sie etwas aussagen zu können.

(Ausführliche Veröffentlichung demnächst im Arch. f. Psych. u. Neurol.)
(Eigenbericht.)

25) Herr Pfersdorff-Strassburg-Tübingen: „Ueber paranoide Erkrankungen im Felde“.

Die paranoiden Erkrankungen betragen etwa 4 pCt. der beobachteten Psychosen. Nicht mit eingerechnet sind Paraphrenien und paranoide Zustandsbilder der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins.

Die Fälle lassen sich in zwei Gruppen einteilen: 1. in solche, bei denen eine psychopathische Veranlagung bestand, 2. in Fälle, bei denen vor der Erkrankung ein Abweichen von der Norm nicht erkennbar war.

Was die erste Gruppe, die der Psychopathen anlangt, so liegen ihre Störungen vorwiegend auf dem Gebiet des Affektlebens. Ein Teil wird als reizbar und misstrauisch geschildert, ein anderer Teil als ängstlich und zu Stimmungsschwankungen geneigt. Diese Psychopathen geraten wegen ihrer Eigenart leicht in Konflikt mit der Umgebung und es ist nicht ausgeschlossen, dass ein Teil der von ihnen geschilderten „verfolgenden“ Handlungen tatsächlich ausgeführt wurde.

Die Psychopathen mit mehr ängstlicher Stimmungslage pflegen Verfolgungsideen diffuser Art zu äussern. Die persekutorische Eigenbeziehung ist das wesentliche Symptom. Sinnestäuschungen sind äusserst selten. Der Beziehungswahn dauert in der Regel auch in der Klinik an und klingt erst all-

mählich ab; er geht unmerklich in die Dauerform des den Kranken eigentümlichen Affekts der Aengstlichkeit über. Die Psychopathen, die mehr gereizt und misstrauisch sind, produzieren ebenfalls lebhaften Beziehungswahn. Als Verfolger wird auch hier stets eine Mehrzahl, nie ein Einzelner, genannt; die Eigenbeziehung arbeitet auch in der Klinik weiter. Nur werden zu gleicher Zeit auch expansive Wahnideen produziert. Die Kranken berichten über innere Erleuchtungen und Vorahnungen, innere Worte der Entscheidung; sie entdecken auch expansive Beziehungen. „Der Zeitgeist spricht aus mir“, äusserte ein Kranker. Sie haben Erfindungen zur Vernichtung der Feinde, beschäftigen sich mit Verbesserung der Flugapparate usw. Auch hier geht das akute Stadium der Erregung mit Beziehungswahn in den Habitualzustand des Psychopathen über.

Typisch ist das starke Hervortreten des Beziehungswahnes, ohne dass ein richtiges Wahnsystem komplizierterer Art zur Entwicklung gelangt. Diese Kranken zeigen das „*Délire d'interprétation*“, das für die Kraepelin'sche Paranoia charakteristisch ist, in ziemlich reiner Ausprägung. Interessant ist, dass auch die expansiven Vorstellungen sich nur auf Funktionen, auf Leistungen beziehen, nicht auf die Persönlichkeit des Kranken; Grössenideen in Bezug auf den sozialen Rang des Kranken treten auf. Obwohl, wie schon hervorgehoben, das Krankheitsbild frei von Sinnestäuschungen ist, so erinnert doch das gleichzeitige Auftreten von persekutorischer Eigenbeziehung und expansiver Eigenleistung an die Verhältnisse, die wir bei manchen Formen von Paraphrenien treffen, nämlich bei den Fällen, die mit motorischen Halluzinationen (Muskel-sinnhalluzinationen, Gedankenbeeinflussung) einhergehen. Diese Kranken pflegen zu gleicher Zeit auch über Eigenleistungen zu berichten, über Beeinflussungen der Bewegungen und Gedanken anderer Personen, die sie selbst zu leisten imstande sind.

Was die Entstehungsweise anlangt, so ist interessant, dass die Mehrzahl der Psychopathen schon nach relativ kurzer Zeit, ohne dass besondere Strapazen vorausgegangen sind, erkrankt. Konflikte mit der Umgebung finden sich in jeder Anamnese; der Psychopath wirkt als Fremdkörper unter dem Gros der Soldaten und kann sich nicht, wie im Frieden, isolieren.

In der zweiten Gruppe der paranoiden Fälle kann von ausgesprochener krankhafter Veranlagung nicht die Rede sein. Andeutungsweise finden sich Züge, die von der Norm abweichen, so bisweilen geringe Verstandbegabung oder scheues Benehmen. Bei allen diesen Fällen finden sich in der Anamnese schwere mehrjährige Kriegsstrapazen, Verwundungen und körperliche Krankheiten. Vortragender ist der Ansicht, dass wenn die Erschöpfung allein auch nicht krankmachend wirken soll (vergl. Bonhoeffer's serbische Kriegsgefangenen), sie doch im Verein mit anderen Faktoren diese Wirkung haben kann. Die anderen Faktoren sind: die Zermürbung, die durch langdauerndes Trommelfeuer und Leben in der ersten Linie psychisch und nervös sich geltend macht; auch die Sorge um die eigene Familie in der Heimat kommt als Faktor hier in Betracht.

Was nun das paranoide Zustandsbild anlangt, das bei diesen Fällen sich entwickelt, so steht auch bei ihm die persekutorische Eigenbeziehung im Vordergrund. Nur dauert sie eine relativ kurze Zeit und ist bei der Aufnahme in die Klinik meist abgeklungen. Auch diese Kranken glauben sich verspottet und verfolgt, sollen bestraft, erschossen werden. Im Gegensatz zu der Gruppe der Psychopathen treten in dieser Gruppe Sinnestäuschungen auf, illusionäre Verkenennung und akustische Halluzinationen, die jedoch stets affektiv gefärbt sind, der Situation inhaltlich entsprechen und vom Kranken nur inhaltlich verwertet werden. Die Schilderung der Erlebnisse erinnert lebhaft an diejenige paranoider Alkoholiker. Was den Inhalt der Wahnvorstellungen anlangt, so handelt es sich zumeist um einfache Verfolgungswahnvorstellungen. Es finden sich jedoch auch andere Formen. So religiös gefärbte Vorstellungen und ferner Eifersuchtswahn. Sämtliche Zustandsbilder änderten sich insofern, als weitere Eigenbeziehung nach dem Initialstadium nicht stattfand; die Wahnideen verschwanden restlos. Vortragender bespricht sodann die Differenzialdiagnose der paranoiden Zustände und der paranoid gefärbten Depressionen. Er vergleicht ferner die paranoiden Formen mit andern Geistesstörungen, die ebenfalls im Kriege sich entwickeln, nämlich mit den Zuständen depressiver Verstimmung; auch diese pflegen sich nur nach langer Zeit zu entwickeln, bei prädisponierten natürlich rascher als bei andern. Die Aehnlichkeit der Entwicklung und des Verlaufs dieser Depressionen und der paranoiden Fälle ist eine sehr grosse. Erst nach jahrelangem Verweilen in der Front tritt das psychische Versagen ein. Das psychotische Zustandsbild äussert sich entweder als depressive Verstimmung, als ängstliche Erregung mit Sinnestäuschungen (kurz, der Affekt beherrscht die Symptomatologie) oder, wie in den heute besprochenen Fällen, als paranoides Zustandsbild. Die Depressionen pflegen meist länger anzuhalten, wie die paranoiden Formen, jedoch auch bei letzteren können nach Abklingen der Wahnideen Zustände von Inaktivität längere Zeit anhalten.

Trotz dieser Aehnlichkeiten in Entwicklung und Verlauf sind die Depressionen und die paranoiden Zustände doch symptomatisch scharf voneinander zu trennen. Man kann jedoch ihrer Entstehung nach beide als Schicksalspsychosen (Sympathopathien) im Kraepelin'schen Sinne bezeichnen. Wie die gleichfalls zu den Schicksalspsychosen gerechneten Haftpsychosen, hören auch diese im Kriege entstandenen Geistesstörungen bei Aenderung der Situation des Kranken, bei Wegfall der schädigenden Momente, auf. Vortragender weist zum Schluss auf einen interessanten Parallelismus hin, der zwischen diesen paranoiden Fällen und den Untergruppen der Paranoiaformen besteht. So wie bei letzteren, kann man auch hier, wie geschildert, Gruppen unterscheiden, die mehr einfache Verfolgungsideen, die erotisch gefärbte Wahnideen (Eifersuchtswahn) und die religiöse Wahnvorstellung in erster Linie darbieten. Dies ist deshalb auch von Interesse, als die Möglichkeit somit gegeben erscheint, dass durch Schicksalswirkung eine Gruppierung stattfindet die man sonst nur auf Grund angeborener Charaktereigentümlichkeit kennen gelernt hatte und die eben in den Gestaltungsweisen der echten Paranoia ihren Ausdruck findet.

(Eigenbericht.)

26) Herr Jahnel-Frankfurt a. M.: „Die Frage der Lues nervosa im Lichte der modernen Syphilisforschung“.

Wenn von einer „Lues nervosa“ gesprochen wird, darf darunter nur jene Lues verstanden werden, die häufiger als die „gewöhnliche“ Lues zu Paralyse und Tabes führt. Die im wesentlichen tertiären Prozessen zugehörige Lues cerebri kann bei dieser Betrachtungsweise nicht berücksichtigt werden.

Die Argumente der Anhänger dieser Lehre, die sich auf Einzelbeobachtungen von gehäuften Erkrankungen an Paralyse und Tabes bei aus einer Syphilisquelle Infizierten berufen, sind nicht stichhaltig.

Zur Lösung dieser Frage auf derartige Weise wäre der von O. Fischer angebahnte Weg einer exakteren Statistik der konjugalen Paralyse geeignet, wenn ein grösseres Material in diesem Sinne verarbeitet würde und wenn wir vor allem eine vergleichbare Statistik der Paralyse- und Tabesmorbidity der Luetiker hätten. Die verdienstvollen, bisher vorliegenden Statistiken von Pick und Bandler, Mattauschek und Pilcz bergen zu grosse Fehlerquellen in sich.

Noguchi hat angegeben, dass drei verschiedene Stämme der Spirochaeta pallida existieren, einer von mittlerer Dicke, ein dicker und ein dünner Typus. Er hat sich jedoch nicht darüber ausgesprochen, zu welchem Stamme die Paralysepirochäten gehören. Die Angaben Noguchi's und auch die Levaditi's, der im Tierexperimente Unterschiede zwischen der gewöhnlichen Luesspirochäte und der vom Paralytiker stammenden gefunden haben will, bedürfen noch der Nachprüfung. Wären Paralyse und Tabes von einer besonderen Art des Syphiliserregers erzeugt, dann müssten Paralytiker und Tabiker zwar gegen eine Reininfektion mit Lues nervosa immun sein, nicht aber gegen eine Neuinfektion mit einem anderen Luesstamm, was nicht zutrifft.

Der Vortragende konnte weder morphologische, noch färberische Unterschiede zwischen den Spirochäten der gewöhnlichen Lues und denen der Paralyse finden. Die Existenz von Hause aus neurotroper Spirochätenstämme ist daher in keiner Weise erwiesen.

Wohl aber ist es möglich, dass die Spirochäten während ihres langen Aufenthaltes im Organismus eine Umwandlung erfahren, dass also die Paralysepirochäten im Ehrlich'schen Sinne hohe Rezidivstämme darstellen. Jedoch bedarf auch diese Frage noch eines eingehenden Studiums.

Die Tatsache, dass nur ein geringer Bruchteil der Syphilitiker später paralytisch oder tabisch wird, kann auch ohne die Annahme einer Lues nervosa erklärt werden, wenn wir bedenken, dass die Lues öfters völlig ausheilt, dass nicht jeder Paralysekandidat den Ausbruch der Paralyse erlebt, dass die Lokalisation der Spirochäten in den einzelnen Organen in jedem Fall eine verschiedene sein kann (wie bei der Tuberkulose und der tertiären Lues). Auch der Verlauf der frischen Lues ist ein so mannigfaltiger, dass wir in ihren späteren Stadien nicht mit einer in allen Fällen gleichförmigen Entwicklung der Krankheit rechnen dürfen.

Wir müssen uns einstweilen mit der Erkenntnis zufrieden geben, dass die Paralyse eine parasitäre Erkrankung des nervösen Gewebes ist, wie solche auch bei Tieren vorkommen.

Alle über diese Feststellung hinausgehenden Betrachtungen über das Wesen der Paralyse müssen zur Zeit als fruchtlose Spekulationen gelten.

(Eigenbericht.)

27) Herr Weichbrodt-Frankfurt a. M.: „Die Hirnpunktion nach Bériel“.

Vortragender gibt die Technik der Bériel'schen Hirnpunktion an, über die Bériel im Lyon ohirurgical. 1909, im Lyon médical 1913, im Neurol. Zentralbl. 1914 berichtet hat. Unabhängig davon hat Sioli — Bonn 1913 — den Weg durch die Augenhöhle zum Temporallappen auf Grund eines Sektionsbefundes einer Epileptikerin für gangbar erklärt (Allgem. Zeitschr. f. Psych. 69. Bd.). An 30 Paralytikern im Endzustande wurde diese Hirnpunktion nachgeprüft, und es kann nach diesen Versuchen gesagt werden, dass die Punktion in der Tat sehr einfach ist, da man nur eine dünne Punktionsnadel dazu gebraucht, sonst keine Apparate. Auch darin hat Bériel Recht, dass die Punktion ungefährlich ist, wenn man einige Übung besitzt; aber bis man sich diese Übung erwirbt, ist die Punktion nicht ganz gefahrlos. Nicht immer zu vermeiden ist ferner, dass man in der Orbita venöse Blutungen bekommt, es entsteht dann eine, wenn auch schnell vorübergehende Exophthalmie, einige Tage sind auch die Augenlider blau verfärbt, es sieht dann aus, als wenn der Kranke aufs Auge geschlagen worden wäre. Wegen dieser Nachteile wird sich die Bériel'sche Hirnpunktion nicht einbürgern. (Eigenbericht.)

28) Herr Richard Offenbacher-Fürthi. Bayern. „Zur Psychologie des Feldzugs-Soldaten“.

Auffallenderweise liegen psychologische Veröffentlichungen von Truppen- und Frontärzten fast nicht vor, trotzdem von anderer Seite (Kriegsberichterstatte, Theologen usw.) vielfach derartige Fragen gestreift und erörtert wurden. Das durch diese publizierte Material kann ärztlichen Anforderungen nicht genügen, es bedarf der Ergänzung und Korrektur durch fronterfahrene, psychologisch vorgebildete Aerzte. Bei der Verschiedenheit und Veränderlichkeit der zu beobachtenden Objekte (Zeit, Kriegsphase, Einsatz an ruhiger oder Grosskampf-Front usw.) sind möglichst viele, aber eingehende Beschreibungen und Beurteilungen erwünscht, um zu allgemeinen Richtlinien zu kommen. Auf diese Weise könnte der Truppenarzt die Arbeit der Lazarette wertvoll ergänzen (Fragen der Neuropathogenese, der Simulation, der Kriegsdienstbeschädigung usw.) und den Gesichtskreis der Nicht-Frontärzte entsprechend erweitern. Leitsätze aus eigener Arbeit:

A. Die Momente, die auf das Seelenleben des Feldzugssoldaten in den einzelnen Kriegsphasen (s. u.) in verschiedener Kombination und verschiedener Intensität einwirken, sind einzuteilen in:

1) Momente, die auf jeden Volksgenossen während eines Krieges einwirken (Sorge um Angehörige zuhause und im Felde, um die wirtschaftliche Existenz).

2) Momente, die mit den Besonderheiten des militärischen Dienstes „im allgemeinen“ zusammenhängen: Subordination, Disziplin, Vorgesetzten-, Kameraden-Verhältnisse usw.

3) Momente, die mit den Besonderheiten des Frontdienstes zusammenhängen: Todesgedanken (Religiosität); Drückebergerei und Heldentum; Begeisterung und Pflichtgefühl; Kameradschaft und Nächstenliebe; Affekte im Kampf usw.

Die sub 1 und 2 erwähnten treten an der Ruhefront, die sub 3 erwähnten besonders an der Hauptkampffront in den Vordergrund.

B. Kriegsphasen: Die Bedeutung der Eindrücke der Hauptkampffront für Nerven und Seele wird häufig unter-, die der Ruhefront häufig überschätzt.

C. Beziehungen zwischen sittlichen Eigenschaften und Krieg:

I. Helden: Wenn auch in der Mehrzahl der Fälle sittliche Motive den Heldentaten zugrunde liegen, so gilt dies doch nicht für alle Fälle. Die Motive zu „Heldentaten“ sind vielmehr sehr verschiedenartig. Wenn man von den „Helden“ absieht, die die Gefahr nicht kennen oder auf dem dummen Standpunkt stehen, dass „ihnen doch nichts passieren“ kann, kann man die Helden nach ihren Motiven in folgende Kategorien einteilen, wobei im Einzelfalle selbstredend mehrere Motive gleichzeitig mitwirken können:

1) Helden mit nicht egoistischen Motiven: a) echte Patrioten, b) Leute, die ein gewisses Verantwortungsgefühl für ihren Stand (Lehrer, Angehörige studentischer Korporationen), für ihre Glaubensgemeinschaft (Juden) usw., die einen gewissen Korpsgeist haben, und sich deshalb auszeichnen wollen.

2) „Helden“ mit egoistischen Motiven: a) ehrgeizige Leute, b) Leute, die sich rehabilitieren wollen.

3) „Helden“ die aus irgendwelchen Gründen den Tod suchen, die sich preisgeben, in der ausgesprochenen Absicht zu fallen — sie würden im Frieden Selbstmord begehen, ziehen nun aber den Heldentod als „salonfähigen Selbstmord“ vor.

II. Drückeberger: Der ausgesprochene Drückeberger ist ein Individuum, bei dem neben einem beinahe pathologischen Mangel an Willensstärke und Selbstzucht gewisse sittliche Charakterfehler zutage treten (Mischform der moral insanity). Altruistische Momente (Sorge um Familie usw.) spielen keine ausschlaggebende Rolle, werden aber häufig als Vorwand gebraucht; der Hauptgrund ist die Sorge um das eigene Leben, das er unter allen Umständen dem ehrenvollen Tode vorzieht; dies Ziel beherrscht ihn vollständig — jedes Mittel, es zu erreichen, wird versucht. Diese reinen Typen sind nicht sehr häufig — die meisten besinnen und überwinden sich doch noch.

III. Allgemein sittliche und religiöse Anschauungen und Qualitäten werden durch die Erlebnisse des Krieges nur in seltenen Fällen prinzipiell und dauernd geändert; der bisherige (bejahende oder ablehnende) Standpunkt wird meist bestärkt und gefestigt; es gilt auch hier der Satz Binswanger's „Den Starken reissen grosse Ereignisse empor, den Schwachen schlagen sie nieder!“

Anregung einer frontpsychologischen Sammelforschung!

(Ausführliche Arbeit wird später erscheinen.)

(Eigenbericht.)

Freiburg i. B. und Strassburg, Juli 1918.

Hauptmann. Steiner.

XV.

Ludwig Edinger †.

In der Zeit des grossen Sterbens, das uns die letzten Jahre gebracht haben, stumpft sich das Gefühl gegenüber dem Verluste Einzelner unwillkürlich ab und namentlich der Heimgang Aelterer wird mit dumpfer Resignation als etwas Unvermeidliches getragen. Dennoch wirkt es auf weiteste Kreise erschütternd, wenn ein geistiger Führer wie Edinger, dessen Lehren wir seit Jahrzehnten zu lauschen gewöhnt waren, und von dem wir noch so manche wertvolle Förderung der Wissenschaft erwarteten, seinem Wirkungskreise plötzlich entrissen wird.

Der Name Ludwig Edinger ist mit der Geschichte des medizinischen Lebens in Frankfurt a. M. und mit der Entstehung der jüngsten deutschen Universität untrennbar verknüpft. Neben Weigert hatte er am Senkenbergischen Institute lange Jahre zugleich als Hirnanatom und vielbeschäftigter Nervenarzt, geforscht und gelehrt, bis es ihm endlich gelang, sich seine eigene Arbeitsstätte nach seinen Wünschen zu schaffen, die er bezeichnenderweise Neurologisches Institut nannte.

Denn Edinger hat niemals die Beschäftigung mit der Anatomie als Selbstzweck betrieben, sondern sie nur als Grundlage angesehen, von der aus er an eine Erkennung der funktionellen Leistungen des Gehirns herantreten und neue Gesichtspunkte für die Klinik gewinnen wollte. Sogar seine vergleichenden Arbeiten über das tierische Zentralnervensystem sind von diesem Standpunkte aus geschrieben, suchen vor allem die Grundlinien des Hirnbaues aufzudecken und enthalten wertvolle physiologische und psychologische Bemerkungen.

Aus solchen Beweggründen heraus ging Edinger an die nähere Erforschung des Zwischenhirns, klärte er die Bedeutung der Hypophyse und Epiphyse, stellte er den Begriff des Oralsinnes auf, legte er die Verbindung des Striatum mit den tieferen Hirnteilen dar. In gleicher Weise gewann er einen Einblick in die verwickelte Zusammensetzung des Kleinhirns mit seinen mannigfachen Faserbeziehungen, trennte die afferenten Bahnen von den efferenten, verfolgte die Züge von den Purkinjezellen zu den Kleinhirnkernen und sprach den Wurm als eigent-

liches Organ des Statotonus an. So gelangte er auch schliesslich zu einer Neueinteilung des gesamten Nervensystems, indem er die Grosshirnrinde als Neencephalon von dem übrigen nervösen Bau, dem Palaeencephalon, unterschied. Das letztere habe als ursprünglicher Träger der Reflexe und Instinkte nur die Sinnesreize zu empfangen und mit Bewegungen zu beantworten, während das allmählich in der aufsteigenden Tierreihe hinzutretende Neencephalon der Sitz der Gnosien, Assoziationen und Praxien werde, bis endlich beim Menschen mit Auswachsen des Stirnlappens die eigentliche Intelligenz sich entfalte.

Ueber die Fülle der Edinger'schen Arbeiten, die uns ausser wertvollsten anatomischen Entdeckungen anregende Erörterungen über neurologisch-klinische Probleme geschenkt haben, gibt die Gedächtnisrede seines Schülers Goldstein einen so vorzüglichen Ueberblick, dass ich mich mit einem Hinweise auf diese (Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, Bd. 44, S. 114) begnügen darf. Ueberall tritt uns neben erstaunlichem Gedankenreichtum höchste Klarheit der Darstellung entgegen.

Man hat mit Recht die Künstlerbegabung Edinger's gerühmt. Intuitiv erfasste er stets das Wesentliche, arbeitete rastlos auf das ihm vorschwebende Ziel hinaus, wusste auch andere für seine Entwürfe zu begeistern, sie auf neue Fragestellungen huzulenken und ihnen in un-nachahmlicher Weise die Schwierigkeiten aufzuheben.

Gerade als Lehrer wirkte Edinger, fast ebenso sehr wie durch das lebendige Wort, durch seine hervorragende Beherrschung des Zeichensstoffes. Selbst in der Unterhaltung über alltägliche Dinge im Freundeskreise liebte er es, seine Erzählungen durch rasch entworfene kleine Skizzen zu erläutern. Noch weit mehr kam ihm diese Gabe bei der Darstellung verwickelter anatomischer Verhältnisse zu staten. Namentlich in seinem berühmten Lehrbuche über den Bau der nervösen Zentralorgane, das, aus Vorlesungen für praktische Aerzte hervorgewachsen, vor allem seinen Namen in der ganzen wissenschaftlichen Welt bekannt gemacht hat, springt uns diese unvergleichliche Beherrschung des Darstellerischen in die Augen.

Edinger's glückliche Vielseitigkeit, seine einzigartige Verbindung von anatomischen und klinischen Interessen, von wissenschaftlichem und praktischem Können erklärt sich teilweise aus seinem Lebensgange:

Geboren zu Worms am 13. April 1855, hatte er unter Gegenbaur und Waldeyer mit leidenschaftlicher Liebe anatomische Studien betrieben. Aeussere Verhältnisse zwangen ihn dann, die klinische Assistentenlaufbahn einzuschlagen. So wurde er Schüler von Kussmaul und Riegel, habilitierte sich an der Giessener medizinischen Klinik und liess sich 1883 in Frankfurt als praktischer Nervenarzt nieder, um hier, auf

eigenen Füßen stehend, seine vergleichenden hirnanatomischen Arbeiten zu beginnen und das eben geschilderte Lebenswerk zu vollenden.

Noch erlebte er die Genugtuung, sein selbstgeschaffenes Forschungsinstitut der bei Kriegsausbruch neugegründeten Universität anzugliedern und als Ordinarius für Neurologie in die medizinische Fakultät einzutreten. Mit Eifer widmete er sich den Bestrebungen, die durch Schussverletzungen entstandenen Nervenlähmungen zu beseitigen, und suchte, dem Operateur neue Mittel zur Ueberbrückung von Nervenlücken an die Hand zu geben. Das ersehnte Ende des Krieges, der die wissenschaftliche Fortarbeit in seinem geliebten Institute vielfach behinderte, sollte er nicht mehr schauen. Am 26. Januar 1918 hat der Tod seinem arbeitsreichen Leben überraschend ein Ziel gesetzt. Raecke.

XVI.

Korbinian Brodmann †.

Nach Alzheimer Brodmann! Schon wieder hat die deutsche Gehirnforschung einen unersetzlichen Verlust zu beklagen, schon wieder hat der Tod uns Psychiatern der Besten einen genommen. Was Brodmann für die anatomische Wissenschaft im Einzelnen geleistet hat, mag von berufenerer Seite näher dargelegt werden. Hier soll nur in grossen Zügen eine Würdigung seiner hervorragenden Persönlichkeit versucht werden:

Korbinian Brodmann begann seine psychiatrische Laufbahn an der Jenenser Klinik unter Binswanger. Damals habe ich ihn zuerst kennen gelernt und wegen seiner ausgezeichneten menschlichen Eigenschaften rasch lieb gewonnen. Hohes wissenschaftliches Streben gepaart mit strenger Gewissenhaftigkeit, liebenswürdiger Frohsinn und kameradschaftliche Treue waren ihm zu eigen, machten den Umgang mit ihm besonders genussreich. Seine Interessen waren damals noch vorwiegend klinische. In erster Linie der Hysteriefolge und dem Hypnotismus schien sich seine Aufmerksamkeit zuwenden zu wollen. Erst nachdem er im Jahre 1900 Assistent an der Frankfurter Irrenanstalt geworden war, fing er unter dem Einflusse von Alzheimer's gewinnender Persönlichkeit in immer steigendem Masse an, sich für die histologische Forschung zu erwärmen. Allein das geschah etwa nicht in der Weise, dass er einfach in des anderen Fussstapfen trat, sondern nach kurzem Umhertasten hatte Brodmann bald sein bestimmtes Arbeitsgebiet gefunden, auf welchem ihm die schönsten Erfolge beschieden sein sollten.

An Oskar Vogt's neurobiologischem Institute in Berlin, in das er bereits 1901 eintrat, vollbrachte Brodmann mit staunenswertem Fleisse und Gründlichkeit ausgedehnte vergleichend anatomische Untersuchungen, auf welchen er in mustergültiger Weise seine Lehre von der Cytoarchitektonik der Rinde aufzubauen vermochte. Grundlegend ist da sein Werk aus dem Jahre 1909 geworden: „Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues“ mit 150 Abbildungen im Texte.

Ursprünglich war nur die Absicht gewesen, einen von den Hirnanatomen und Pathologen längst als Bedürfnis empfundenen Normalstatus der gesamten Grosshirnrindenfläche des Menschen zu schaffen mit Berücksichtigung auch der kleinen und kleinsten Rindenteile. Aber im Verlaufe der Vorarbeiten sah Brodmann bald die Notwendigkeit ein, eine breitere entwicklungsgeschichtliche und vor allem vergleichend anatomische Basis zu geben. Erst musste aus einfacheren Gehirnformen und aus ontogenetischen Verhältnissen heraus ein Einblick in den Bauplan der Grosshirnrinde angestrebt werden, ehe es möglich war, den einheitlichen Ausgangstypus der mannigfachen Schichtungen klarzustellen.

Sobald das Brodmann erkannt hatte, zögerte er auch nicht, sich dieser Riesenaufgabe zu unterziehen und sie in 8 Jahren angestrengtester histologischer Tätigkeit zu lösen. Das reichhaltige Sektionsmaterial des Berliner Zoologischen Gartens wurde von ihm nutzbar gemacht, dann auch menschliche Gehirne in grösserer Zahl in Angriff genommen. So gelangte Brodmann zu seiner bekannten Aufstellung eines sechsschichtigen Grundtypus, zum Entwurf einer histologischen Landkartentopographie der Hemisphärenoberfläche und zu der wichtigen Einsicht, dass die Grosshirnrinde der Säugetiere als ein Organkomplex zu betrachten sei, d. h. als eine Summe von aus gleicher Anlage hervorgegangenen und in verschiedenen Graden der Aus- und Rückbildung begriffenen Partialorganen, welche nach ihrem mikroskopischen Bau mehr oder minder scharf abgegrenzt sind,

Es soll hier nicht weiter auf die Einzelheiten dieses wahrhaft epochemachenden Werkes eingegangen werden, auch nicht auf die späteren Untersuchungen Brodmann's, welche auch die Beziehungen zur Physiologie und rasse-anatomische Fragen immer mehr in den Bereich seiner Betrachtungen zogen. Wer ihn in jenen Tagen freudigster Schaffens-tätigkeit besuchen und sprechen durfte, weiss, mit welcher rührender Begeisterung er von seinen Plänen und Entwürfen zu reden pflegte, und vermag zu ahnen, wieviele Hoffnungen jetzt mit ihm begraben worden sind.

Brodmann hat es im Leben nicht leicht gehabt. Mit seinem sonst so lebenswürdigen und heiteren Wesen verband sich eine gewisse hartnäckige Schroffheit in der Durchführung des von ihm für richtig gehaltenen, welche keine Kompromisse kannte und vielleicht die engere Zusammenarbeit mit ihm nicht immer ganz leicht gestaltet haben mag. Diese Veranlagung und eine Reihe widriger äusserer Umstände erschwerten seine Laufbahn. In Berlin gelangte er trotz seiner anerkannten Bedeutung nicht zur Habilitation. Von der Stätte seiner erfolgreichen Wirksamkeit, dem neurobiologischen Institute trennte er sich. Wiederholt streckte sich ihm eine Freundeshand helfend entgegen, seinen Weg zu

ebnen. Gaupp rief ihn an die Tübinger Klinik und ermöglichte ihm die Habilitation, Pfeiffer nahm ihn als Prosektor an die Nietlebener Anstalt. Allein erst mit der Begründung der Münchener Forschungsanstalt für Psychiatrie eröffnete sich ihm endlich die Aussicht auf eine Stellung, wie sie wohl seinen eigensten Wünschen angepasst war.

Wer Brodmann gekannt hat, vermag sich vorzustellen, mit welcher hoffnungsfrohen Erwartung er diese schöne Arbeitsstätte aufgesucht haben wird, an der ihm die Leitung der topographisch-histologischen Abteilung von Kraepelin zugedacht worden war. Da, als er sich schon eben am Ziele seiner Wünsche glauben durfte, raffte ein jäher Tod an Sepsis ihn am 22. August 1917 dahin! Nicht nur seine Angehörigen und Freunde, die gesamte Wissenschaft wird ihm stets eine treue Erinnerung bewahren.

Raecke.

XVII.
Referate.

Reichardt, Martin, Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Zweite umgearbeitete Auflage des Leitfadens zur psychiatrischen Klinik. Mit 95 Abbildungen. 605 S. Jena 1918. Verlag von Gustav Fischer.

Der Leitfaden Reichardt's ist mit umgearbeitetem und stark erweitertem Inhalt als Lehrbuch neu erschienen. Einen breiten Raum, nicht ganz die Hälfte des Buches nimmt die allgemeine Psychiatrie (eingeteilt in allgemeine Symptomatologie, Ursachen der Geisteskrankheiten, Lebensalter und Geisteskrankheit — die diagnostischen Hauptfragen — die Einteilung der Geisteskrankheiten, die prognostischen Erwägungen, die Anamnese, die Untersuchung auf Geisteskrankheit, die Behandlung der Geisteskranken) ein. Auch werden hier die forensischen Fragen und die Simulation eingehend besprochen. Dem speziellen Teil ist entsprechend dem besonderen Arbeitsgebiet Reichardt's ein Abschnitt über Hirn und Schädel (Grösse des Schädellinnern, Hirngewicht, Theoretisches über Hirnvorgänge und krankhafte Hirnveränderungen) angefügt.

In dem vorliegenden Buche tritt die persönliche Note des Verfassers ganz besonders stark zu Tage. Darin liegen seine Vorzüge, aber auch seine Schwächen begründet; Vorzüge insofern, als die in mancherlei Hinsicht neuartige Beleuchtung, welche einige Fragen erhalten, die Aufrollung von mancherlei Problemen auf den Studierenden anregend zu wirken vermag, Nachteile und Schwächen insofern als der Verfasser offenbar der Gefahr nicht immer entgangen ist, den Stoff in einer zu einseitig und individuell gefärbten Weise zu behandeln und infolge dessen das Ziel, den Lernenden besonders in die praktisch wichtigen Fragen einzuführen, zu verfehlen. Diese Nachteile treten besonders in dem allgemeinen Teil, in der Einleitung mit ihren theoretischen Erörterungen, in dem Abschnitt über optisch-räumliche Störungen, über vegetative Symptome und anderen Abschnitten zu Tage. Im speziellen Teil begegnet man ihnen weniger. Hier hält sich R. bei der Abgrenzung und Einteilung der Psychosen und Psychosengruppen auf einer mittleren Linie zwischen den divergierenden Anschauungen der verschiedenen Schulen. Hervorzuheben ist, dass R. eine besondere, umfangreiche Paranoiagruppe aufstellt, zu der er auch, was nicht allgemein als berechtigt anerkannt werden wird, die Degenerationspsychosen (degenerative Wahnbildung von Birnbaum) zählt. Unberechtigt

erscheint es, wenn die Haftpsychosen und hysterischen Psychosen als sehr bzw. ungemein selten bezeichnet werden. Wie schon im Leitfaden wird dem Wochenbett, den Gemütsvorgängen und überhaupt den exogenen Faktoren sehr wenig Bedeutung für die Entstehung von Psychosen zugesprochen.

Zahlreiche Abbildungen, Kurven und instruktive Krankengeschichten unterstützen das Studium des Buches. Runge.

Schrottenbach, Heinz, Studien über den Hirnprolaps mit besonderer Berücksichtigung der lokalen posttraumatischen Hirnschwellung nach Schädelverletzungen. Mit Abbildungen auf 19 Tafeln. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Heft 14. Berlin 1917. Verlag von Julius Springer.

Die Abhandlung Schrottenbach's bringt beachtenswerte Untersuchungen über den Hirnprolaps und seine Pathogenese. Nach einer Einleitung, die sich mit den bisherigen Anschauungen über den Hirnvorfall an der Hand der einschlägigen Literatur befasst, werden die physikalischen Verhältnisse beim primären und sekundären Hirnvorfall einer Betrachtung unterzogen. Im 3. Abschnitt werden die eigenen Untersuchungen über den Hirnvorfall mitgeteilt, die sich auf vier Fälle von sekundärem Hirnvorfall erstrecken. Das zur Verfügung stehende Material ist nach den verschiedenen Methoden histologisch untersucht. — Hier ergibt sich als wichtiges Resultat das Bestehen enzephalitischer Vorgänge beim sekundären Hirnprolaps, die einer am Orte ihres Auftretens sich entwickelnden lokalen Entzündung der Hirnsubstanz ihre Entstehung verdanken. Sehr schöne photographische Reproduktionen veranschaulichen die Befunde. Ausführliches Literaturverzeichnis ist beigegeben. S.

Kraepelin, Emil, Hundert Jahre Psychiatrie. Mit 35 Textbildern. Berlin 1918. Verlag von Julius Springer.

Einen Beitrag zur Geschichte der menschlichen Gesittung nennt der Verfasser diese historische Abhandlung. Sie ist die erweiterte Form eines Vortrages, der in München gelegentlich der ersten Sitzung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie gehalten wurde. Die Geschichte der Psychiatrie mit ihren reizvollen Wandlungen und Irrungen sehen wir in lebhafter eindrucksvoller Schilderung an uns vorüberziehen und das Studium dieser Schrift gewährt uns einen fesselnden Einblick in die Entwicklung dieses medizinischen Sondergebietes, das wie kein anderes im engen Zusammenhang mit den allgemeinen geistigen Zeitströmungen steht. S.

Fortschritte der Psychologie und ihrer Anwendungen, herausgegeben von Dr. Karl Marbe. IV. Bd. II. Heft. Leipzig-Berlin. Verlag von B. G. Teubner.

A. Peters bringt das Ergebnis interessanter Versuche über Gefühl und Wiedererkennen.

Das I. Heft des V. Bandes dieser Zeitschrift enthält eine Abhandlung von O. Sterzinger: Zur Psychologie und Naturphilosophie der Geschicklichkeitsspiele. S.

Kaplan, Leo, Hypnotismus, Animismus und Psychoanalyse. Historisch-klinische Versuche. Leipzig, Wien. 1917. Verlag von Franz Deuticke.

Das 1. Kapitel bringt eine Entwicklungsgeschichte des Hypnotismus, die als Vorgeschichte der Psychoanalyse im 2. Kapitel mit Suggestion und Hysterie fortgesetzt wird.

Der 3. Abschnitt beschäftigt sich mit der Seele und dem Unbewussten, der 4. mit den ursprünglichen Ideen und der Wirklichkeit, der 5. mit der Seele und den psychischen Reaktionen. S.

Schilder, Paul, Wahn und Erkenntnis. Eine psychopathologische Studie mit 2 Textabbildungen und 2 farbigen Tafeln. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie. Heft 15. Berlin 1918. Verlag von Julius Springer.

An der Hand einschlägiger Fälle, die genau analysiert werden, beschäftigt sich der Verfasser mit der Frage der Halluzination, mit Wirklichkeitsanpassung und Schizophrenie. Im Abschnitt Völkerpsychologie und Psychiatrie wird hingewiesen auf die Züge, welche der Denkweise der Primitiven und gewisser Geisteskranken gemeinsam sind. In einem Anhang „Ueber den Futurismus“ wird hingewiesen auf den Zusammenhang der zeichnerischen Entwürfe Geisteskranker mit dem Futurismus. S.

S. Hens, Phantasieprüfung mit formlosen Klecksen bei Schalkindern, normalen Erwachsenen und Geisteskranken. Zürich 1917. Verlag von Speidel & Wurzel.

Hens benutzt den formlosen Tintenklecks zur Prüfung der Phantasie bei Kindern, normalen Erwachsenen und Geisteskranken und teilt seine Ergebnisse, welche er mit dieser eigentümlichen Methode erhalten hat, mit. S.

C. v. Economo, Die Encephalitis lethargica. Mit 12 lithographischen Tafeln. Leipzig und Wien 1918. Verlag von Franz Deuticke.

An der Hand von 13 Krankengeschichten, 5 mit Sektionsbefund zeichnet Verfasser das Krankheitsbild der Encephalitis lethargica klinisch und pathologisch-anatomisch. Er sieht in der Encephalitis lethargica einen durch eine Infektion hervorgerufenen echt entzündlichen Prozess des Parenchyms des Nervengewebes mit sekundärer kleinzelliger Infiltration der Gefäße. Hervorgehoben wird die Erkrankung durch einen Diplostreptokokkus. Vorzügliche Abbildungen über die anatomischen und histologischen Veränderungen im Gehirn sind der Arbeit beigegeben. S.

R. Gaupp, Psychologie des Kindes. Aus Natur und Geisteswelt 213/214. Vierte Auflage. Leipzig, Berlin. Verlag von B. G. Teubner.

Das vortreffliche bekannte Werk von Gaupp wird sich in der neuen erweiterten Auflage viele Freunde erwerben. S.

Rafael Becker, Die jüdische Nervosität, ihre Art, Entstehung und Bekämpfung. Zürich 1918. Verlag von Speidel & Wurzel.

In seinem Vortrag beschäftigt sich Verfasser mit einem interessanten Problem. Er sieht die Ursachen der Häufigkeit der nervösen Erscheinungen bei Juden nicht in der besonderen Prädisposition, sondern in den Bedingungen, in welchen sie gezwungen wurden zu leben: unnormale rechtliche Lage, Bevorzugung der für das Nervensystem schädlichen Berufe, das durch Bevorzugung dieser Berufe bedingte anormale geschlechtliche Leben.

Als Hauptmittel diesem Uebel zu steuern, wird Schaffung eines eigenen Heimes und Landes empfohlen. S.

Schlömer, Georg, Leitfaden der klinischen Psychiatrie. München 1919. Verlag von Rudolph Müller & Steinicke.

Der Leitfaden erfüllt seinen Zweck, den Anfänger in die psychiatrische Klinik einzuführen durch leicht fassliche Darstellung. S.

Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik in Würzburg. 9. Heft. Die Messstange von Professor Rieger. Mit 3 Abbildungen im Text. Jena 1918. Verlag von Gustav Fischer.

Abbildung und Beschreibung der von Rieger verwendeten Messstange und ihre Anwendung in der Psychiatrie. S.

Wimmer, August, Psychiatrisk-Neurologiske Undersøgelsesmetoder. Kobenhavn 1917. G. E. C. Gads Forlag.

Der Leitfaden enthält eine gute Zusammenstellung der in der Psychiatrie und Neurologie gebräuchlichen Untersuchungsmethoden. S.

Die neu gegründete **Zeitschrift für Militärrecht** unter Mitarbeit von Georg Lelewer und Viktor Császár von Kolgyár, herausgegeben von **Albin Schager**. Verlag von Karl Harbauer, Wien und Leipzig, bringt in den bis jetzt vorliegenden 6 Heften Abhandlungen aus den verschiedensten Gebieten des Militärrechts, enthält Besprechungen und Entscheidungen. Im 6. Heft befasst sich ein Artikel von Hirschmann mit Erfahrungen und Wünschen aus der forensisch-psychiatrischen Praxis im Felde. S.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

XVIII.

**Ueber doppelseitige Athetose und verwandte
Krankheitszustände („striäres Syndrom“).**

Ein Beitrag zur Lehre von den Linsenkernerkrankungen.

Von

A. Westphal (Bonn).

(Mit 17 Abbildungen im Text.)

Die Frage nach der Bedeutung und der Funktion des Linsenkerns hat in neuerer Zeit wesentliche Förderung durch eine Reihe von Arbeiten erfahren, welche deutlich die nutzbringende Verbindung von klinischen Beobachtungen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen zeigen. Auf den durch die bekannten Veröffentlichungen von Anton, Oppenheim und C. Vogt, sowie von Wilson u. a. geschaffenen Grundlagen arbeiteten zahlreiche Forscher mit Erfolg weiter und erweiterten unsere Kenntnisse von den Erkrankungen der Stammganglien und der durch diese bedingten Bewegungsstörungen. Die Arbeiten aus der neuesten Zeit, wie die von Marburg¹⁾, v. Stauffenberg²⁾, H. Deutsch³⁾ und Thomalla⁴⁾ geben auf Grund eigener Beobachtungen an der Hand der Literatur eine gute Uebersicht und kritische Betrachtung des Standpunktes unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete, so dass ich, um Wiederholungen zu vermeiden, auf die Ausführungen dieser Autoren verweise, um auf die uns interessierenden Punkte später des Näheren einzugehen. In klinischer Hinsicht ist unsere Kenntnis von den extrapyramidalen

1) Zur Pathologie und Pathogenese der Paralysis agitans. Jahrb. für Psych. u. Neurol. 1914. 36. Bd. (Festschrift.)

2) Zur Kenntnis des extrapyramidalen motorischen Systems. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1918. 39. Bd.

3) Ein Fall von symmetrischer Erweichung im Streifenhügel und im Linsenkern. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1917. 37. Bd.

4) Ein Fall von Torsionsspasmus mit Sektionsbefund und seine Beziehungen zur Athétose double, Wilson'scher Krankheit und Pseudosklerose. Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psych. 1918. 41. Bd.

Bewegungsstörungen besonders durch v. Strümpell¹⁾ gefördert worden, dessen Arbeit über den „amyostatischen Symptomenkomplex“ klärend und sichtlich gewirkt hat, indem in ihr die verwandtschaftlichen Beziehungen von anscheinend so verschiedenartigen Symptomen, wie sie uns bei der sogenannten „Pseudosklerose“ (Westphal-Strümpell), der Wilson'schen Krankheit, der doppelseitigen Athetose, der Paralysis agitans usw. im Gegensatz zu den durch Affektion der Pyramidenbahn hervorgerufenen Erscheinungen, entgegnetreten, dargetan werden. In jüngster Zeit ist von C. und O. Vogt²⁾ der erste Versuch gemacht worden, die von C. Vogt in ihren früheren Arbeiten als „striäres Syndrom“ bezeichneten Motilitätsstörungen nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten einzuteilen.

Die Untersuchungen C. u. O. Vogt's haben zur Unterscheidung „von vier ganz differenten pathologisch-anatomischen Prozessen geführt, von denen jedem ein so charakteristisches klinisches Bild entspricht“, dass die Autoren auf Grund desselben „den pathologisch-anatomischen Prozess diagnostizieren und den weiteren Verlauf voraussagen können“. Für die Auffassung der subkortikalen Bewegungsstörungen ist die neueste Arbeit Kleist's³⁾ von Bedeutung, welche die bisher. vorliegenden Erfahrungen besonders auch in theoretischer Hinsicht mit einander zu verknüpfen sucht.

So gross die Fortschritte sind, die diese Veröffentlichungen auf dem uns beschäftigenden Gebiete gebracht haben, geht doch aus denselben hervor, dass es sich zunächst vielfach noch um vorläufige Einteilungs- und Erklärungsversuche der mannigfachen in Frage kommenden Symptomenkomplexe handelt, und dass wir von einem vollen Verständnis der klinischen und pathologisch-anatomischen Zusammenhänge noch weit entfernt sind, so dass in erster Linie die Herbeischaffung neuen Tatsachenmaterials nötig ist, welches geeignet ist, einerseits festzustellen, ob die bisherigen Erfahrungen durch neue Befunde eine Bestätigung finden, andererseits die noch vorhandenen Lücken unseres Wissens auszufüllen. Aus diesem Grunde erfolgt hier die Veröffentlichung von drei in mancher Hinsicht bemerkenswerten Fällen, die verschiedene Formen „striärer“ Motilitätsstörungen betreffen, von denen in zwei Fällen die

1) Zur Kenntnis der sogenannten Pseudosklerose, der Wilson'schen Krankheit und verwandter Krankheitszustände (der amyostatische Symptomenkomplex). Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1915. 54. Bd.

2) Erster Versuch einer pathologisch-anatomischen Einteilung striärer Motilitätsstörungen nebst Bemerkungen über seine allgemeine wissenschaftliche Bedeutung. Journal. f. Psychol. u. Neurol. 24. Bd.

3) Arch. f. Psych. u. Nervenkrank. 59. Bd. 2. u. 3. H.

Erkrankung des C. striatum durch die Sektion nachgewiesen und die Veränderungen histologisch untersucht werden konnten, während sich der dritte Fall noch in unserer Beobachtung befindet.

Fall 1¹⁾. Johann Reichardt, 43jähriger Arbeiter. Aufnahme am 11. 2. 1918. Es besteht keine hereditäre Belastung. Das Zittern, an welchem sein Vater in späterem Lebensalter gelitten haben soll, war auf den Potus desselben zurückzuführen. Pat. hat vorübergehend 3—4 Mal, jedes Mal etwa 8 Wochen in Fabriken mit Bleiweissfarben zu tun gehabt. Koliken oder andere Symptome von Bleivergiftung sind nicht aufgetreten. Er hat vor einigen Jahren einen Tripper und einen Schanker akquiriert. Ueber den genauen Zeitpunkt der Infektion ist nichts zu erfahren, ebenso wenig darüber, ob eine spezifische Behandlung stattgefunden hat. In den letzten Jahren hat er viel an Kopfschmerzen, Schwindel und Ohrensausen gelitten. Das Gedächtnis soll erst in der letzten Zeit abgenommen haben. Das jetzige Leiden, wegen dessen Pat. das Krankenhaus aufsucht, hat sich nach seinen Angaben schnell innerhalb weniger Tage, vor einigen Wochen eingestellt. Er bemerkte damals zuerst unwillkürliche Bewegungen im linken Arm und Bein, denen sich „Zuckungen“ in der Gesichtsmuskulatur anschlossen. Ein Zustand von Bewusstlosigkeit oder Trübung des Bewusstseins ist dieser Störung nicht vorangegangen; dieselbe soll ohne besondere psychische Begleiterscheinungen entstanden sein.

Pat. ist ein Mann von mässigem Ernährungszustand. Zeichen einer früheren Bleivergiftung (Bleisaum) sind nicht vorhanden. In der linken Inguinalgegend eine von einer Inzision herrührende Narbe. Die auffallendste Erscheinung bietet bei der Aufnahme ein fortwährendes Grimassieren.

Es handelt sich um langsame Bewegungen, durch welche der Mund und die angrenzenden Wangenpartien abwechselnd nach links und rechts oder in die Höhe gezogen werden, dabei werden Schmeckbewegungen ausgeführt, Schnalzlaute ausgestossen, der Mund oft rüsselartig vorgestreckt. Trotz dieses Grimassierens hat der Gesichtsausdruck etwas eigenartig Starres. Die Zunge nimmt an der Störung Teil, macht, aus dem Munde herausgestreckt, langsame drehende Bewegungen. Beim Zeigen der Zunge hört das Grimassieren vorübergehend auf. Im linken Arm und Bein bestehen langsame, drehende Bewegungen von ausgesprochen athetotischem Charakter, die auffallenderweise nicht die distalen Enden der Extremitäten, die Finger und Zehen, sondern die grossen Gelenke betreffen. Die Bewegungen finden statt im Schulter- und Hüftgelenk, Knie- und Ellenbogengelenk, sowie im Hand- und Fussgelenk. Beugungen und Streckungen, Ab- und Adduktionen wechseln miteinander ab. Am linken Vorderarm und Hand sind häufig Pronationsbewegungen zu beobachten. Die linke Schulter ist in der Regel in die Höhe gezogen. Wenn Pat. steht, stellt sich der linke Fuss in Spitzfussstellung, so dass in diesem

1) Dieser Fall ist von mir in der Sitzung der niederrheinischen Gesellschaft vom 4. 3. 1918 vorgestellt worden. Referat Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 16.

Stadium des Leidens, die durch die athetotischen Bewegungen bedingte Körperhaltung der Abb. 1 entspricht. Hand in Hand mit den athetotischen Bewegungen gehen Muskelspasmen von wechselnder Intensität und Dauer. Bei passiven Bewegungen in den betroffenen Gelenken ist ein bald leichter, bald stärkerer spastischer Widerstand zu fühlen, der bei plötzlichen, brüsken, passiv vorgenommenen Bewegungen nicht stärker wird, sondern eher nach einigen schnell auf einander folgenden Bewegungen an Intensität nachlässt. Lähmungserscheinungen bestehen an den Extremitäten nicht.

Die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind lebhaft, ohne deutlich gesteigert zu sein. Kein Babinski, Oppenheim rechts mitunter angedeutet, aber nicht deutlich vorhanden. Es besteht ein leichter Grad von Inkontinenz der Blase mit Harnträufeln. Bauchdeckenreflexe vorhanden. Die Pupillen reagieren gut auf Lichteinfall und Konvergenz. Augenhintergrund normal. Kein Pigmentring an der Kornea vorhanden. Gehirnnerven abgesehen von der Bewegungsstörung im Mundfazialis ohne Besonderheiten. Was die Intelligenz des Pat. betrifft, ist eine genauere Prüfung derselben nicht möglich, da er alle Angaben mit sehr schwer verständlicher, leiser, mitunter stockender Sprache, die einen etwas nasalen Beiklang hat, macht. Es lässt sich aber feststellen, dass das Gedächtnis gelitten hat, was aus den sich widersprechenden Angaben des Pat. über zeitliche Verhältnisse seiner Vorgeschichte hervorgeht. Besonders ist die Merkfähigkeit herabgesetzt. Pat. vermag öfters über die gewöhnlichen Vorkommnisse des täglichen Lebens, das Einnehmen der Mahlzeiten usw. keine richtigen Angaben zu machen. Größere Störungen der Intelligenz scheinen nicht zu bestehen. Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen sind nicht vorhanden. Die Stimmung ist, seinem qualvollen Zustande entsprechend, eine depressive, er bittet häufig um Schlafmittel, da im Schlafe die unwillkürlichen Bewegungen vorübergehend aufhören. Die Untersuchung der inneren Organe, besonders auch der Leber und Milz ergibt keinen von der Norm abweichenden Befund. Keine stärkere periphere Arteriosklerose. Die Nahrungsaufnahme ist durch mitunter auftretende, nicht konstant vorhandene Behinderung des Schluckaktes gestört. Es besteht starke Salivation. Die Wassermann'sche Reaktion ist im Blut und Liquor negativ. Während sich die langsamen, drehenden, athetotischen Bewegungen in den ersten Tagen der Beobachtung auf die linksseitigen Extremitäten beschränken, greifen sie bald auch auf die rechte Körperseite über. Zuerst werden athetotische Bewegungen im rechten Arm konstatiert, denen bald auch solche des rechten Beins folgen. Bei dem Versuch des Pat. zu gehen, fällt zuerst auf, dass auch die Muskeln des Rumpfes an der Bewegungsstörung teilnehmen. Pat. geht mit langsamen kleinen Schritten, in steifer Körperhaltung. Beim Gehen tritt dann eine allmählich immer mehr zunehmende Beugung des Rumpfes nach vorn in sehr auffälliger Weise in die Erscheinung. Die Wirbelsäule wird kyphotisch nach hinten gekrümmt, der Kopf nach vorn gebeugt gehalten. Nach wenigen Schritten bleibt Pat. in dieser Stellung mit vornübergebeugtem Rumpf, gebeugten Knie- und Hüftgelenken stehen, ist nicht im Stande weiter zu gehen (Abb. 2 u. 3). Mitunter kommt es aus dieser

stehenden Stellung heraus oder auch beim Versuch, weiter zu gehen, zu der Erscheinung der Retropulsion in ausgesprochener Weise; er fängt an, sich mit kleinen steifen Schritten, in beschleunigtem schliessendem Tempo nach rückwärts zu bewegen. Mitunter treten auch Andeutungen von Lateropulsion hervor. Diese Erscheinungen in Verbindung mit der steifen nach vorn gebeugten Körperhaltung, dem starren Gesichtsausdruck, der profusen Salivation verleihen dem Krankheitsbilde vorübergehend eine weitgehende Ähnlichkeit mit der Paralysis agitans. Die Haltung der Arme ist bei den Gehversuchen eine verschiedene, wechselnd nach der Intensität und Lokalisation der gerade wirksamen unwillkürlichen Bewegungen und Muskelspannungen (Abb. 2—3). In Folge derselben kommt es auch bei ruhiger Rückenlage zu ganz grotesken Körperhaltungen. Zunächst treten starke Beugebewegungen in Hüft- und Kniegelenken, häufig mit Adduktionsbewegungen verbunden auf (Abb. 4), denen eine extreme Beugung des Rumpfes und Kopfes nach vorn folgt, so dass schliesslich Pat. den Körper bogenförmig nach vorn gekrümmt, nur mit einem Teil des Rückens auf dem Bett aufliegend, mit von der Unterlage weit abgehobenen Beinen und Gesäss sozusagen über seiner Lagerstätte schwebt (Abb. 5) und längere Zeit in dieser merkwürdigen Stellung, die er willkürlich nicht zu ändern vermag, verharrt. Es ist bemerkenswert, dass diese bizarren, an die Verdrehungen beim „Torsionsspasmus“ erinnernden Körperhaltungen nach einem gewissen Rhythmus in mehr oder weniger regelmässigen Intervallen und auch nach einem bestimmten Typus der Aufeinanderfolge der eigenartigen Bewegungen einzutreten und zu verlaufen pflegen. Während dieser Phasen ist der hypertonische Zustand der Muskeln, wie er uns bei dem Versuch von passiven Bewegungen entgegentritt, besonders deutlich ausgeprägt. Nach einigen Minuten pflegt die abnorme Körperhaltung zusammen mit den starken Spasmen wieder zu verschwinden. Andauernd ist zu beobachten, dass psychische Reize der allerverschiedensten Art verstärkend auf die athetotischen Bewegungen einwirken, oder dieselben, wenn sie zeitweilig nicht hervortreten, wieder auslösen. Oft genügt das Herantreten an das Bett, das blosses Anreden des Kranken, um sie hervorzurufen. Mitunter sieht man, dass auch die Zehen und Finger, die früher keine athetotischen Bewegungen zeigten, in geringerem Grade von dieser Störung jetzt mitbetroffen sind. Die athetotischen Bewegungen im Gesicht, die sich zuerst auf den Mundfazialis beschränkten, greifen allmählich auch auf die anderen Aeste des Fazialis über, so dass es schliesslich zu einem allgemeinen Grimassieren kommt. Diese Bewegungen zeigen stets den exquisit langsamen, ziehenden Charakter der Athetose. Das Schlucken und die Sprache wird in immer höherem Grade gestört, so dass die Nahrungsaufnahme grosse Schwierigkeiten macht, besonders ist das Schlucken von Flüssigkeiten behindert, während das Kauen fester Speisen besser vonstatten geht. Die Sprache ist kaum mehr verständlich; Pat. versucht mitunter durch die in den Mund gesteckten Finger die unwillkürlichen Bewegungen desselben zu unterdrücken. Der gesamte Krankheitsverlauf lässt trotz seines ausgesprochen progressiven Charakters, mitunter Remissionen von kurzer Dauer erkennen, in denen die Athetosebewegungen mehr zurücktreten, mitunter vorübergehend verschwinden.

Abbildung 3.

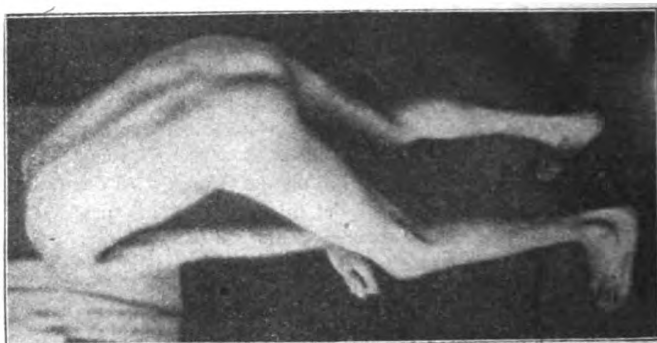


Abbildung 2.

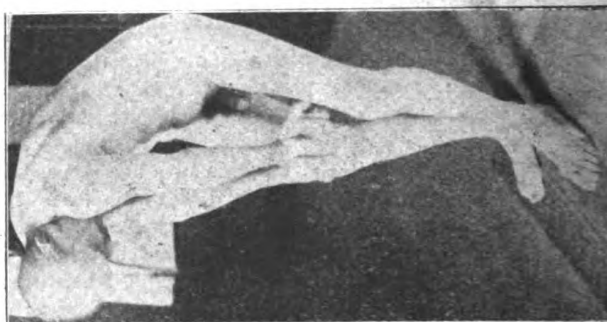


Abbildung 1.

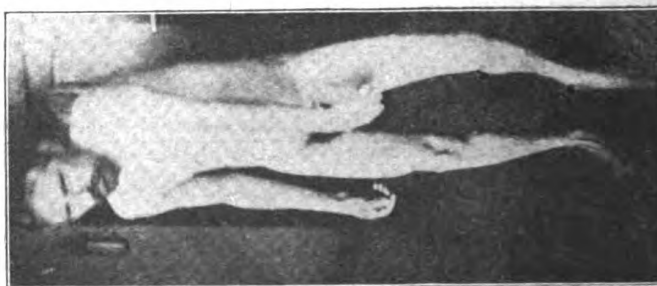


Abbildung 5.



Abbildung 4.



Abbildungen 1—5: Athetotische, Torsionsspasmus ähnliche, Haltungen und Verdrehungen des Patienten.

Pat. ist durch die sich plötzlich einstellenden spastischen Zustände der Körpermuskulatur in seinen Aktionen sehr behindert; er vermag z. B. nicht allein aus dem Bett zu kommen, sondern verharrt bei diesen Versuchen mitunter in ganz bizarren Stellungen, wie erstarrt auf der Bettkante sitzend. Eine auffallende Bewegungsarmut tritt in seinem äusseren Verhalten hierbei deutlich hervor. Was den übrigen Befund am Nervensystem betrifft, ist das Oppenheim'sche Zeichen, welches am Beginn der Beobachtung rechts zweifelhaft war, später rechts andauernd deutlich vorhanden, ebenso ist der Gordon'sche Reflex rechts in ausgesprochener Weise nachweisbar. Links sind diese Zeichen nur mitunter und weniger deutlich zu konstatieren.

Babinski fehlt beiderseits andauernd. Die Bauchdeckenreflexe sind deutlich vorhanden. Die Sehnenreflexe sind an den Beinen sehr lebhaft, aber nicht ausgesprochen pathologisch gesteigert, nur einmal war vorübergehend beiderseits Fussklonus vorhanden. Keine „paradoxe Kontraktion“. An den Armen sind die Sehnenreflexe nicht gesteigert, von normaler Stärke.

Anhaltende Kontrakturen oder Lähmungen sind nicht zur Entwicklung gekommen, wie sich in den Zeiten von vorübergehendem Verschwinden der

Spasmen nachweisen lässt. Die Bewegungsstörung lässt andauernd den Charakter der Athetose erkennen, choreiforme Bewegungen oder Tremor werden nicht beobachtet. Kurz dauernde klonische, auf den linken M. sartorius beschränkte Zuckungen sind einmal bemerkt worden. Sogenannte „identische“ Mitbewegungen sind nicht zu konstatieren. Ataxie ist nicht vorhanden. Zielbewegungen werden, sobald sie nicht durch eintretende athetotische Spannungen verhindert werden, sicher ausgeführt. Sensibilitätsstörungen waren niemals

Abbildung 6.



Horizontalschnitt durch das Gehirn in der Höhe der Corpora striata gelegt.
Das Putamen beiderseits bei H von kleinen Herden durchlöchert.

nachzuweisen. Wiederholt ist Urinträufeln zu beobachten. Keine Störungen der Stuhlentleerung. Erst in den letzten Wochen stellen sich Durchfälle ein, die den schon sehr erschöpften Pat. noch mehr herunterbringen. Fieberbewegungen sind während des gesamten Krankheitsverlaufes nicht beobachtet worden.

Exitus am 20. März 1918 nach kaum sechswöchentlichem Krankenhausaufenthalt.

Aus dem Sektionsprotokoll ist Folgendes hervorzuheben: Schädel dünn. Dura mässig gespannt. Pia dünn und durchscheinend. Gefässe an der Basis und der Fossa Sylvii zartwandig. Hirnwindungen nicht verschmälert. Ein durch das Gehirn geführter, den Linsenkern beiderseits freilegender Horizontalschnitt lässt eine bilaterale symmetrische Erkrankung desselben erkennen. Der hintere äussere Teil des Putamen zeigt beiderseits in einem etwa zehnpfennigstückgrossen Bezirk eine wabenartige Struktur, die bedingt ist durch mehrere hirsekorn- bis linsengrosse, dicht bei einander liegende Hohlräume (Abb. 6). Die äussere Grenze dieses erkrankten Bezirks wird scharf durch die äussere Kapsel gebildet. Dorsalwärts reichen diese durchlöchernten Stellen beiderseits nur wenige Millimeter in die Tiefe. Die Hohlräume enthalten eine geringe Menge eines zähen, fadenziehenden, hellen Inhalts. Die übrigen Teile des Linsenkerns, der N. caudatus und der Thalamus opticus lassen makroskopisch keine Veränderungen erkennen. Ebenso erscheint das Rückenmark unverändert. Von den inneren Organen sind Herz und Aorta, Nieren, Magen und Hoden auffallend klein, ohne sonstige Veränderungen erkennen zu lassen. Die Leber ist etwas vergrössert, Gewicht 1650 g. Die Oberfläche glatt. Der Dickdarm stark hyperämisch mit zahlreichen Geschwüren.

Mikroskopische Untersuchung. Aus dem Gehirn wurde je ein kleines Stück aus der linken Frontalwindung, der vorderen und hinteren Zentralwindung, sowie aus dem erkrankten Linsenkern einer Seite in Alkohol gelegt zur Toluidinblaufärbung nach Nissl.

Das übrige in Formol konservierte Gehirn wurde zur weiteren Bearbeitung in das neurologische Universitäts-Laboratorium nach Berlin geschickt. Den Herren Kollegen O. Vogt und Bielschowsky bin ich für die lebenswürdige Ausführung dieser Untersuchungen zu vielem Dank verpflichtet. Ich gebe zunächst den von mir in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Sioli am Alkoholmaterial gewonnenen Befund nieder.

1. Frontalwindung. Pia stellenweis etwas verdickt durch Fibroblasten und Abraumzellen mit ziemlich viel grünem Pigment. Gehirnoberfläche stark grobwellig, keine bemerkenswerte kernfreie Deckschicht. Keine Störung der Rindenarchitektur.

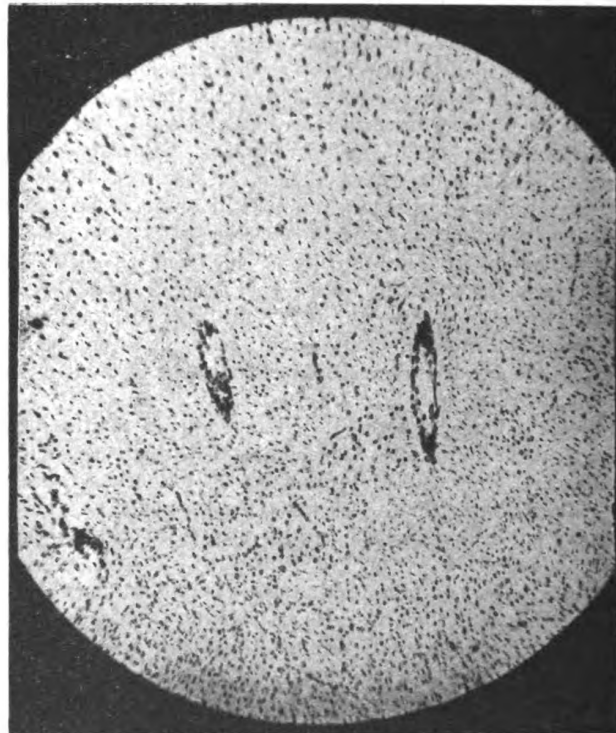
Die Gefässe der Hirnrinde und des Marks sind nicht vermehrt, einzelne Gefässe aber stark geschlängelt. Endothelkerne nicht vergrössert, aber stellenweis etwas vermehrt. In vielen Gefässwandzellen grüne Pigmentkörner. In den adventitiellen Scheiden vieler Markgefässe reichliche Zellansammlungen (Abb. 7), von denen ein grosser Teil als gelbes oder grünes Pigment enthaltende Abraumzellen erkennbar ist, ein anderer Teil nur grosse oder kleine Kerne ohne Protoplasma zeigt. Infiltrationszellen sind nicht mit Sicherheit nachweisbar. Es finden sich keine Plasmazellen.

Die Ganglienzellen befinden sich vielfach im Zustand der chronischen Veränderung in verschiedenen Graden des körnigen Zerfalls. Stellenweis starke Neuronophagie. Gliakerne stark vermehrt, es finden sich viele kleine, aber auch eine vermehrte Anzahl geschwollener Gliakerne. Stäbchenzellen sind nicht

vorhanden. Vordere und hintere Zentralwindung gleichen der 1. Frontalwindung, nur ist die Ganglienzellenveränderung geringer.

Linsenkern. Im Bereich des Linsenkerns finden sich in den adventitiellen Lymphscheiden neben Lymphozyten, Plasmazellen in wechselnder Anzahl. Während dieselben an manchen Stellen nur spärlich vertreten sind, sind sie an anderen Stellen zahlreicher vorhanden, liegen mitunter in den

Abbildung 7.



Perivaskuläre Zellanhäufungen (Mark des Stirnhirn); schwache Vergrößerung.

Lymphscheiden der kleinen Gefässe dicht bei einander (Abb. 8). Daneben sind zahlreiche pigmentführende Abraumzellen sichtbar. Unregelmässig im Gewebe zerstreut sind zahlreiche Stäbchenzellen sichtbar.

Die Ganglienzellen sind vielfach verändert im Sinne eines körnigen Zerfalls mit Vorhandensein zahlreicher Zellschatten.

Die Gliakerne sind vermehrt, es finden sich besonders zahlreiche grosse geschwellte Kerne, umgeben von Stippchen oder hauchartigen Protoplasmafortsätzen.

Das Resultat der bisherigen histologischen von Prof. Bielschowsky ausgeführten Untersuchung des in Formol aufbewahrten Materials lasse ich in abgekürzter Form folgen¹⁾:

Bei schwacher Vergrößerung bietet das Gewebe der erkrankten Stelle des Putamen das Aussehen eines grosslöcherigen Schweizerkäses. Die Löcher enthalten häufig Ballen einer koagulierten, durchsichtigen und mit Kresylviolett metachromatisch gefärbten Substanz, in welcher sich nicht selten kristallinische Nadeln und Nadelbündel ausgeschieden haben. Die Löcher entsprechen in der Mehrzahl den stark erweiterten Lymphräumen der grösseren Arterien; zum Teil

Abbildung 8.



Plasmazellen im perivaskulären Lymphraum eines kleinen Gefässes des Corpus striatum (Zeiss homogen. Immersion).

lässt ihr Inhalt aber Reste eingeschmolzenen zentralen Gewebes (Gliakerne, schattenhaft abgeblasste Ganglienzellen, Rundzellen von lymphozytärem Aussehen) erkennen, Befunde, welche darauf schliessen lassen, dass neben einer erheblichen Lymphstauung auch eine sekundäre Einschmelzung des infiltrierten Gewebes in der Umgebung der Gefässe stattgefunden hat. Ferner

1) Das vollständige Ergebnis der anatomischen Untersuchung wird nach Fertigstellung derselben im Journal für Psychologie und Neurologie veröffentlicht werden.

finden sich in der Umgebung kleiner Arterien frische und Reste älterer Blutungen, welche ebenfalls an der Bildung der kleinzystischen Veränderungen des Gewebes mitgewirkt haben können.

Neben diesen in enger Beziehung zum Gefässapparat stehenden kleinen zystischen Herden finden sich im ganzen Putamen und vereinzelt auch im N. caudatus kleine rundliche, scharf begrenzte Proliferationszonen von Gliakernen, in deren Bereich sich auch zahlreiche Stäbchenzellen nachweisen lassen. Bei Eisenhämatoxylinfärbungen treten diese Herde mit ihren stark injizierten und gedrängt stehenden Kapillaren besonders deutlich hervor. Die Venen sind in den makroskopisch erkrankten Partien des Putamen von Rundzellen umsäumt. Die perivaskulären Infiltrate durchsetzen häufig die Gefässwand und bilden gelegentlich breite Wälle. Sie enthalten vorwiegend lymphozytäre Elemente, aber auch Plasmazellen und vereinzelte Mastzellen. Dazwischen finden sich adventitielle, ein grünliches Pigment enthaltende Abbauzellen und freiliegende Pigmentklumpen. An den Gefässen des Putamen und des Globus pallidus fällt ferner das reichliche Vorkommen von Kalkeinlagerungen in den Gefässwänden, teils in Form einer staubartigen Durchsetzung der Media, teils in der Bildung einer derben Konkrement-schicht zwischen Intima und Media auf. Häufig geht eine hyaline Metamorphose der Media mit dieser Inkrustation des Gefässrohres Hand in Hand. Im Globus pallidus finden sich rundliche oder eiförmige, mitunter eine zwiebelartige Schichtung erkennenlassende Gebilde, die ihrer färberischen Reaktion nach kalkhaltige Verbindungen darstellen und als schollenartige dunkle Bildungen viele Kapillaren auf weite Strecken bedecken. Der N. caudatus bietet ähnliche Befunde wie der Linsenkern, nur in quantitativ abgeschwächter Masse. Auch in den dem Linsenkern benachbarten Inselwindungen, in der Regio substriata und dem Claustrum, sowie in der Pia der Inselwindungen sind zahlreiche erweiterte Gefässe, besonders Venen mit zellig infiltrierten Wandungen und erweiterten Lymphräumen vorhanden. Die Linsenkernschlinge, die Haube und die Faserung des Mittelhirns zeigen keine Abweichungen von der Norm, insbesondere weder Herde, noch sekundäre Degenerationen. Die Parenchymbestandteile sind in dem erkrankten Linsenkerngebiet im Zellbild relativ wenig verändert. Immerhin sieht man nicht selten an den grossen Zelltypen des Putamen und Globus pallidus Zerfallserscheinungen und in den grossen Zellen des letzteren Anhäufungen von grobkörniger lipoider Substanz, wie sie unter normalen Verhältnissen nicht vorkommen.

Das Rückenmark lässt in beiden Pyramidenseitensträngen deutliche Vermehrung der faserigen Glia erkennen, so dass sich dieselben scharf von den nicht veränderten Kleinhirnseitenstrangbahnen abgrenzen. Bei Markscheidenfärbungen (nach Pal) ist jedoch kein Ausfall von Nervenfasern in dem Areal der Pyramidenseitenstränge zu erkennen.

Die Untersuchung der Leber ergab: Beginnende Exsudation an den kleinen Gefässen des interazinösen Bindegewebes, fettige Degeneration der Leberzellen, keine Kapillarneubildungen in den Gallenwegen.

Diagnose: Beginnende Zirrhose.

Dieser Fall ist in symptomatologischer, lokalisatorischer und pathologisch-anatomischer Beziehung bemerkenswert. Wenden wir uns zuerst den Symptomen der Krankheit zu. Es handelt sich um eine doppelseitige, die Muskeln der Extremitäten, des Rumpfes und des Gesichts betreffende Athetose. Die Beteiligung des Gesichts ist eine sehr ausgesprochene, es besteht ein fast kontinuierliches Grimassieren. Die athetotischen Bewegungen der Extremitäten betreffen nicht wie in der Regel vorwiegend die distalen Abschnitte derselben, sondern finden in erster Linie in den mehr proximal gelegenen Gelenken statt, eine geringe Beteiligung der Finger und Zehen wird erst im späteren Krankheitsstadium beobachtet. Dass die Lokalisation der athetotischen Bewegungen an Hand und Fuss keine ganz konstante ist, wird schon von Lewandowsky¹⁾ erwähnt, der hervorhebt, dass die Bewegungen, wenn auch selten, an anderen Muskeln beobachtet werden. Er selbst sah die Athetose zweimal an den Muskeln der Schulter auftreten. Die Bewegungen haben den exquisit langsamen, drehenden, der Athetose eigentümlichen Charakter, zeigen niemals die schnellere Verlaufsweise von choreatischen Zuckungen.

Was den rhythmischen Charakter der Bewegungen betrifft, auf den Lewandowsky besonders Gewicht legt, so ist derselbe im allgemeinen nicht zu konstatieren, vielmehr erfolgen die Bewegungen in der Regel in ganz ungeordneter, überaus wechselvoller Weise. Dagegen zeigen die mit der Athetose eng zusammenhängenden passageren Kontrakturen, der „Spasmus mobilis“ der Autoren, mitunter eine eigenartige, sich rhythmisch wiederholende Verlaufsweise bei unserem Kranken. Dass es sich bei der Erscheinung der Athetose double in meinem Fall ausschliesslich „um eine Art generalisierter, aber keineswegs identischer Mitbewegungen handelt“, als welche sie Lewandowsky auffasst, möchte ich nicht glauben. Zwar konnte auch ich feststellen, dass mitunter sogenannte athetotische Stellungen erst auftreten, wenn andere Körperteile Bewegungen machen, oder wenn sich der Kranke in Bewegung setzt, aber viel häufiger sah ich athetotische Bewegungen einzelner Muskeln, ohne dass diese Bewegung als Mitbewegung gedeutet werden konnte oder wieder andere Bewegungen auslöste. In evidenter Weise tritt der von Lewandowsky besonders betonte Einfluss psychischer Emotionen bei unserem Kranken hervor; das Anreden desselben, das Herantreten an das Bett, ja mitunter schon eine von dem Kranken bemerkte Beobachtung aus der Ferne genügt, athetotische Bewegungen hervorzurufen oder vorhandene wesentlich zu verstärken.

1) Ueber die Bewegungsstörungen der infantilen cerebralen Hemiplegie und über die Athetose double. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 29.

Von besonderem Interesse ist die Betrachtung der mit der Athetose untrennbar verbundenen Spasmen in den betroffenen Muskelgruppen, seitdem Strümpell (l. c) diese hypertonen Zustände der Muskeln zum Gegenstand eingehender Untersuchung gemacht und gezeigt hat, dass sie ein wesentliches Merkmal verschiedener mit einander verwandter, auf Störungen der Myostatik beruhender motorischer Symptomenkomplexe bilden. Zu diesem „amyostatischen Syndrom“ gehört auch die Athetose, welche besonders in zwei von Strümpell's Fällen in den Vordergrund trat. Der von Strümpell als eine Haupt-eigentümlichkeit des veränderten Muskelzustandes beschriebene Umstand, dass die hypertonen Muskeln die Glieder in den eingenommenen Stellungen fixieren und festhalten, eine Erscheinung, die er „Fixationsrigidität“ oder „Fixationskontraktur“ nannte, tritt auch in unserer Beobachtung deutlich hervor. Die Abbildungen 1—5 zeigen die bizarren Stellungen, in welche der Patient durch diese Fixationsrigidität gebracht wird. Die Tatsache, dass „diese Stellungen ganz von allein kommen“, wie sich ein Patient Strümpell's ausdrückte, ist auch für unsere Beobachtung zutreffend.

In ausgesprochener Weise trat die Bewegungsarmut bei unserem Patienten in die Erscheinung. Die in den sonderbarsten und unbequemsten Stellungen geratenen Extremitäten verharren oft längere Zeit bewegungslos in denselben. Der Gesichtsausdruck hat trotz der athetotischen Bewegungen der Gesichtsmuskulatur etwas Starres, es fehlt jede eigentliche Mimik. Patient bewegt sich überhaupt spontan so gut wie gar nicht, die an ihm zu beobachtenden Bewegungen sind unwillkürliche. Das Verhalten der Muskeln bei passiven Bewegungen entspricht im wesentlichen dem von Strümpell Angegebenen; insbesondere kann bei plötzlichen, brusken, passiven Bewegungen keine Verstärkung der Spasmen auf reflektorischem Wege, wie dies bei spastischen auf Erkrankung der Pyramidenbahn beruhenden Lähmungen der Fall zu sein pflegt, hervorgerufen werden. Im Gegenteil, die Spasmen lassen bei mehrfach wiederholten passiven Bewegungen nach; niemals ist dabei auch nur eine Andeutung von Schütteltremor vorhanden. Dieser Umstand ist um so bemerkenswerter, weil unser Fall kein ganz „reiner“ ist, sondern eine Komplikation mit einer auch anatomisch nachgewiesenen, allerdings nur geringfügigen Erkrankung der Pyramidenbahn zeigt, auf die klinisch das rechts im späteren Krankheitsverlauf andauernd vorhandene Oppenheim'sche und Gordon'schen Zeichen hinwiesen, die links nur mitunter hervorzurufen waren. Das Babinski'sche Zeichen jedoch war niemals nachweisbar. Die Sehnenreflexe waren lebhaft, ohne deutlich gesteigert zu sein. Nur einmal liess sich in der

letzten Zeit der Erkrankung vorübergehend Fussklonus hervorrufen. Die Bauchdeckenreflexe waren deutlich vorhanden. Dass durch die Beimengung einiger auf eine Mitbeteiligung der Pyramidenbahn hinweisender Symptome, die prinzipielle Bedeutung des myostatischen Symptomenkomplexes nicht verringert wird, ist bei Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse ohne weiteres verständlich, wenn man bedenkt, dass es sich in diesen Fällen „wohl nur um eine Ueberschreitung, um ein Ueberdieufertreten“ des anatomischen Prozesses handelt (Oppenheim). Nicht zweifelhaft ist es aber, dass durch das Auftreten von Pyramidenbahnsymptomen bei zum amyostatischen Symptomenkomplex gehörenden Krankheitsfällen die Differentialdiagnose erschwert werden kann, wie das für die Pseudosklerose gegenüber der multiplen Sklerose in eingehender Weise von Oppenheim¹⁾ dargetan ist.

Unser Fall zeigt, dass trotz der bestehenden Komplikation mit einer leichten Pyramidenbahnerkrankung, die Art der Muskelrigidität im wesentlichen dem Strümpell'schen Typus entspricht, dass demnach der Eigenart des hypertonischen Zustandes der Muskulatur eine besonders grosse Bedeutung in diagnostischer Hinsicht zukommt.

In unserem Falle R. spielen neben der Athetose Störungen der Sprache und des Schluckens eine wichtige Rolle. Die Sprache ist leise, mitunter stockend, von monotonem Charakter und nasalem Beiklang, sie ist in der letzten Zeit der Beobachtung kaum noch verständlich. Das Schlucken ist sehr erschwert, besondere Schwierigkeiten macht die Einnahme von Flüssigkeiten, die zuletzt nicht mehr herunter gebracht werden können. Starke Salivation ist mit diesen Störungen verbunden. Diese „pseudobulbären“ Erscheinungen sind schon in den ersten Fällen von C. Vogt und Oppenheim bei doppelseitiger Athetose von diesen Autoren beobachtet und auf die Erkrankung des Corpus striatum zurückgeführt worden. Von Wilson ist später bei Beschreibung seiner Krankheitsfälle betont worden, dass die in seinen Beobachtungen zu konstatierende Dysarthrie und Dysphagie auf die bilaterale lentikuläre Erkrankung zu beziehen seien.

Was die in unserem Fall vorhandenen Blasenstörungen, die in leichter Inkontinenz bestanden, betrifft, weise ich darauf hin, dass v. Czylarz und Marburg²⁾ in ihrer Arbeit über zerebrale Blasenstörungen zur Annahme eines im Corpus striatum gelegenen Blasen-zentrums kommen, durch dessen Mitbetroffensein die Blasenstörungen

1) Differentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und Pseudosklerose. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 54. H. 4.

2) Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 21.

unseres Kranken eine Erklärung finden könnten. Das Fehlen schwererer psychischer Störungen in unserem Falle steht in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen bei den früher beobachteten Fällen von doppelseitiger Athetose [Freund¹⁾].

Dass die in unserem Falle konstatierten leichteren Veränderungen, wie die Abnahme des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, auf die zerebrale Erkrankung zurückzuführen sind, nicht lediglich als beginnende Alterserscheinungen aufgefasst werden dürfen, wird durch das zeitliche Zusammentreffen des Einsetzens dieser Störungen mit den motorischen Krankheitssymptomen wahrscheinlich gemacht. Diese Gedächtnisstörungen sind im Gegensatz zu den Angaben Stöcker's²⁾ bemerkenswert, dass bei der progressiven Lentikularerkrankung „auf psychischem Gebiete in allen bisher beobachteten Fällen immer nur eine eigenartige geistige Schwäche beobachtet worden ist, die sich vor allem äusserte in einer gewissen Urteils- und Affektstörung . . . jedoch nicht in Störungen der Merkfähigkeit“.

Bei der Vorstellung meines Kranken (l. c.) wies ich auf die Aehnlichkeit hin, welche das Krankheitsbild einerseits mit dem der Paralysis agitans, andererseits mit der Dystonia musculorum deformans (Oppenheim) in manchen Punkten aufweist.

An die Paralysis agitans erinnern in erster Linie die Muskelspannungen, die den Charakter der bei der Zitterlähmung zu beobachtenden Spasmen zeigen. Strümpell hat bei der Schilderung des amyostatischen Symptomenkomplexes auf die Aehnlichkeit hingewiesen, welche die Muskelrigidität mit dem Verhalten der Muskelspannungen mancher Fälle von Paralysis agitans aufweist, die von ihm als „Paralysis agitans sine agitatione“ bezeichnet worden sind. Auch in unserem Falle fehlt das Zittern vollständig. Der Gesichtsausdruck unseres Kranken hat den starren der Paralysis agitans eigentümlichen Charakter, der bei dieser Krankheit auf die Muskelspannungen zurückgeführt zu werden pflegt, während Zingerle³⁾ das Fehlen der mimischen Ausdrucksbewegungen als ein den Spasmen koordiniertes Symptom, nicht als eine Folge derselben betrachtet.

Weitgehende Aehnlichkeit mit dem Verhalten bei der Paralysis agitans zeigt die Körperhaltung und der Gang unseres Kranken. Das Symptom der Retropulsion, welches, wenn auch nicht konstant nach-

1) Journal f. Psych. u. Neurol. Bd. 18. Ergänzungsheft 4.

2) Ein Fall von fortschreitender Lentikulardegeneration. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15.

3) Journal f. Psych. u. Neurol. Bd. 14.

weisbar, doch zeitweilig in ausgesprochener Weise vorhanden ist, muss besonders hervorgehoben werden, da es, soviel ich die Literatur übersehe, bisher bei Fällen von doppelseitiger Athetose nicht beobachtet ist. Es geht aber aus der Beschreibung von zum amyostatischen Symptomenkomplex gehörigen Fällen, und zwar in erster Linie solchen der Wilson'schen Krankheit hervor, dass dieses Symptom keineswegs für die Paralysis agitans pathognomonisch ist, sondern auch bei verwandten Krankheitszuständen vorkommt. So beschreibt Stöcker (l. c.) in seinem Falle von fortschreitender Lentikulardegeneration (Wilson'scher Krankheit) ganz analog unserer Beobachtung Retro- und Lateropulsion als Symptome, die er mit der Muskelsteifigkeit in Zusammenhang bringt, und ihre Entstehung dadurch erklärt, „dass in Folge der Steifigkeit und vor allem hier dadurch bedingten Erschwerung und Verlangsamung aller Muskelbewegungen, die statische Ausbalanzierungsfähigkeit des Körpers Schaden gelitten hat“. Leichte Erscheinungen von Propulsion bei einem Falle Wilson'scher Krankheit konnte auch Stier¹⁾ bei einem seiner Fälle nachweisen. Von den pseudobulbären in unserem Falle beobachteten Symptomen kommen Dysarthrie und Dysphagie in vereinzelten Fällen bei Paralysis agitans vor, während der bei unserem Patienten bestehende Speichelfluss zu den häufigen Begleiterscheinungen dieses Leidens gehört. Noch nähere Beziehungen wie zum Symptomenkomplexe der Paralysis agitans lässt unser Fall zur Dystonia musculorum deformans (Torsionsspasmus) erkennen. Seitdem Oppenheim und Ziehen in ihren ersten dieses Krankheitsbild schildernden Darstellungen auf verwandtschaftliche Verhältnisse desselben zur doppelseitigen Athetose hingewiesen haben, ist die Frage nach diesen Beziehungen in den folgenden Veröffentlichungen und Diskussionen nicht mehr von der Bildfläche verschwunden. In jüngster Zeit hat Thomalla (l. c.) bei der Schilderung eines in klinischer und anatomischer Hinsicht bemerkenswerten Falles von Torsionsspasmus eine zusammenfassende Uebersicht über den Standpunkt unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete gegeben. Wenn ich meine Beobachtung in das Gebiet der allgemeinen Athetose einreihe, so geschieht das aus folgenden Gründen: Der Fall unterscheidet sich von dem ursprünglichen Krankheitsbilde der Dystonia musculorum deformans dadurch, dass er einen Erwachsenen, nicht das kindliche Alter betrifft, dass der Patient nicht semitischer Abstammung ist, und dass das Leiden in akuter Weise entstanden, sich in rapider Weise weiter entwickelt hat, nicht den bei der Dystonia musculorum deformans ge-

1) Wilson'sche Krankheit und Paralysis agitans. Neurol. Zentralblatt. 1917. Nr. 24.

wöhnlichen schleichenden Charakter zeigt. Von den klinischen Erscheinungen ist das lebhaft Grimassieren, die starke Störung der Sprache und des Schluckaktes, sowie der Umstand, dass die eigenartige Bewegungsstörung nicht nur im Gehen und Stehen auftritt, sondern auch im Liegen zu den grotesksten Stellungen führt, dem Oppenheim-Ziehenschen Krankheitsbilde fremd. Hypotonische Zustände der Muskulatur, die Oppenheim beschreibt, sind in unserem Falle nicht zu konstatieren. Für die Athetose hingegen spricht in meinem Fall der exquisit langsame Charakter der Bewegungen, die Tatsache, dass die Prädilektionsstellen der Athetose, die Finger und Zehen im späteren Krankheitsverlauf von der Störung mitergriffen werden, sowie der ausserordentliche Einfluss, den psychische Erregungen auf die Auslösung der Bewegungen haben. Der torquierende, zu übertriebenen Stellungen führende Verlauf der Bewegungen bei unserem Kranken ist für die *Dystonia musculorum deformans* kennzeichnend, aber auch der Athetose nicht fremd. Dass das Vorhandensein oder Fehlen von auf ein Mitergriffensein der Pyramidenbahn hinweisenden Symptomen, besonders wenn dieselben ein wechselvolles, fluktuierendes Verhalten zeigen, keinen Schluss für oder gegen die Annahme des Bestehens einer Athetose double oder des Torsionsspasmus gestattet, hat bereits Thomalla ausgeführt. Das Vorhandensein einer Reihe der Athetose double zukommender Symptome (Grimassieren, Sprach- und Schluckstörungen, typisch athetotische Bewegungen, starke Salivation) in seinem im übrigen mehr dem Bilde des Torsionsspasmus entsprechenden Falle, veranlasst Thomalla diesen als einen Grenzfall zwischen Torsionsspasmus und Athetose double zu bezeichnen, wie sie auch von Flatau, Maas, Fischer u. a. beobachtet sind. Wie schwierig die Differentialdiagnose dieser beiden Symptomenkomplexe sein kann, geht mit besonderer Deutlichkeit aus der sich an eine Krankheitsvorstellung Kramer's¹⁾ anschliessenden Diskussion hervor, in der von Bonhoeffer darauf hingewiesen wurde, dass auch das Verhalten der Bewegungsstörung bei Ruhelage und Lokomotion, der chronische Verlauf, die somitische Abstammung, keine durchgängigen, in allen Fällen vorhandene Attribute des Torsionsspasmus sind, und in welcher Oppenheim betonte, dass derartige Drehkrämpfe nicht nur bei der Dystonie bzw. dem Torsionsspasmus, sondern auch unter anderen uns noch unbekannten Bedingungen vorkommen. Wir können uns Oppenheim nur anschliessen in der Forderung, dass es eine Hauptaufgabe der weiteren Forschung sei, die Differentialdiagnose der so mannigfache

1) Torsionsspasmus ähnliches Bild beim Erwachsenen. Ref. Zeitschr. f. die ges. Psych. u. Neurol. Bd. 16. H. 2. 1918.

Berührungspunkte darbietenden Dystonia musculorum deformans und der bilateralen Athetose weiter auszubauen. Ob und inwieweit eine scharfe Trennung dieser Krankheitsbilder auf symptomatologischem Wege möglich ist, wird erst die Zukunft lehren. Auf keinen Fall wird die klinische Arbeit auf diesem Gebiete die Kontrolle durch die anatomische Untersuchung entbehren können.

Die Lokalisation der Erkrankung im Striatum in unserem Falle ist dieselbe wie in den Fällen von Anton, C. Vogt und Oppenheim, von C. Vogt, Freund und Barré, die sämtlich mit Ausnahme des Anton'schen Falles, in dem choreatische Bewegungen überwogen, das Bild der doppelseitigen Athetose darboten. Der neue „Grenzfall“ Thomalla's, bei dem der anatomische Befund ebenfalls eine doppelseitige symmetrische Erkrankung des Putamen ergab, ist in Verbindung mit unserer Beobachtung besonders geeignet, zum Verständnis der auf klinischem Wege festgestellten nahen Beziehungen des Torsionsspasmus zur Athetose double beizutragen und auf die Bedeutung weiterer anatomischer Befunde für die Lokalisation der in Frage stehenden Krankheitsbilder hinzuweisen. Mit Hinsicht auf die feinere Lokalisation im Gebiet des Striatum hebt Kleist (l. c.) hervor, „dass Erkrankungen des Striatum choreatische und athetotische Bewegungen überwiegend dann zeigen, wenn die nach Bau und Entwicklungsgeschichte zusammenhängenden „kleinzelligen Striatumteile“, Putamen und Schwanzkern verletzt sind. In mehreren Fällen (Anton, Berger, v. Monakow, Abundo) war nur das Putamen betroffen, bei den beiden Kranken von C. Vogt, das Putamen und der N. caudatus, während der Globus pallidus in einem Falle, wenn auch in geringerem Grade, mitbeteiligt war. . . . Nur Fischer und Rothmann beschrieben Gehirne von Kranken mit Athetose double, die eine stärkere bzw. ausschliessliche Erkrankung des Globus pallidus, des grosszelligen Striatumteils aufwiesen“. Das Intaktsein der Linsenkernschlinge in unserer Beobachtung steht im Einklang mit der Angabe Kleist's (l. c.), „dass dieselbe bei der Linsenkernchorea und Athetose zwar auch zuweilen beteiligt ist, aber im Ganzen weniger befallen zu sein scheint“.

Neben den lokalisatorischen Fragen ist die Betrachtung der histologischen Eigenart der am Linsenkern gefundenen Veränderungen in unserem Falle von Bedeutung. Was zunächst die makroskopischen sich auf einen kleinen Teil der hinteren und basalen Partien des Putamen beiderseits beschränkenden Veränderungen betrifft, die sich auch dorsalwärts nur wenige Millimeter weit erstreckten, ergibt die mikroskopische Untersuchung, dass die wabenartigen kleinen, an diesen Stellen sicht-

baren Hohlräume ihre Entstehung teils einer starken, durch Lymphstauung bedingten Erweiterung der adventitiellen Lymphräume verdanken, teils auf sekundärer Einschmelzung des Gewebes in der Umgebung von infiltrierten Gefässen beruhen, zum Teil auch auf Blutungen in der Umgebung kleiner Gefässe zurückgeführt werden müssen. Die starke Beteiligung der Gefässe tritt uns nicht nur in den makroskopisch veränderten Partien des Putamen, sondern in diffuser Verbreitung im gesamten Gebiete des Linsenkerns entgegen. Die Gefässveränderungen überschreiten aber dies Gebiet und greifen, wenn auch in geringerem Grade, auf den N. caudatus und benachbarte Partien der Regio substriata, der Inselwindungen und des Claustrums über.

Die Gefässveränderungen bestehen in erster Linie in vielfach erheblichen Infiltrationen der adventitiellen Lymphscheiden mit Lymphozyten; neben diesen finden sich an vielen Stellen nur in geringerer Zahl, an manchen kleinen Gefässen aber auch zahlreichere Plasmazellen. Daneben sind in reichlicher Menge pigmenthaltige Abbauszellen, sowie freiliegendes Pigment und spärliche Mastzellen vorhanden.

In diffuser Verbreitung finden sich in dem erkrankten Gebiet Stäbchenzellen in bald spärlicher, bald reichlicher Anzahl. Besonders zahlreich treten sie in den rundlichen Proliferationsherden des Linsenkerns und des N. caudatus auf. Neben diesen progressiven Veränderungen am Gefässapparat, finden sich im Gebiet des Linsenkerns Veränderungen der Gefässwandungen regressiver Natur in Gestalt von feinen, staubartigen und derberen kalkhaltigen Konkrementbildungen, die häufig mit einer hyalinen Metamorphose der Media verbunden sind. Im Globus pallidus bedecken dunkle schollenartige kalkhaltige Gebilde oft die Kapillaren auf weite Strecken.

Besonders bemerkenswert ist es, dass diese Veränderungen am Gefässapparat sich fast ausschliesslich auf das Gebiet des Linsenkerns und wenn auch in geringerem Grade auf die ihm benachbarten Gehirnabschnitte beschränken, während sie in den zur Untersuchung gelangten Rindenpartien des Grosshirns fehlen und nur stellenweise in der Marksubstanz in einer leichten Infiltration der adventitiellen Lymphscheiden mit zum grössten Teil aus Abräumzellen bestehenden Elementen hervortreten, während Plasma und Stäbchenzellen vermisst werden.

Auch in der stellenweis etwas verdickten Pia finden sich neben Fibroblasten und pigmenthaltigen Abräumzellen nur vereinzelte kleine, lymphozytäre Infiltrationen.

Die Veränderungen des Parenchyms im erkrankten Linsenkerngebiet treten gegen diejenigen am Gefässapparat in den Hintergrund. Immer-

bin sind an den Ganglienzellen vielfach Zerfallserscheinungen mit Anhäufungen lipoider Substanz nachweisbar, Erscheinungen, die auch an manchen Stellen an den Ganglienzellen der Hirnrinde hervortreten.

Fragen wir nach dem Wesen dieser Befunde, so ist es nicht zweifelhaft, dass die durch reichliche Lymphozyteninfiltrate in den adventitiellen Lymphscheiden, dem Vorkommen von Plasma- und Stäbchenzellen ausgezeichneten Veränderungen entzündlicher Natur sind. Ueber die Ursache dieser entzündlichen Vorgänge lässt sich ein bestimmtes Urteil nicht abgeben. Der Umstand jedoch, dass mit Ausnahme der sehr wahrscheinlich vorausgegangenen Syphilis¹⁾, andere ätiologisch in Betracht kommende Momente nicht nachweisbar sind, rückt die Möglichkeit in den Vordergrund, dass es sich um entzündliche Veränderungen auf luetischer Grundlage handelt.

Die regressiven Veränderungen an den Gefäßen, bestehend in Ablagerung kalkhaltiger Substanzen in den Gefäßwandungen und hyaliner Entartung derselben, sind arteriosklerotischer Natur. Ob irgend welche Beziehungen derselben zu den entzündlichen Veränderungen bestehen, müssen wir dahingestellt sein lassen, aber auch hier die Möglichkeit offen lassen, dass nach bekannten Erfahrungen²⁾ die Syphilis als prädisponierendes Moment wirksam gewesen und zu relativ frühzeitigen arteriosklerotischen Veränderungen am Gefäßapparat geführt hat. Besonders hervorgehoben sei, dass weder die Lokalisation, noch die Ausdehnung der Arteriosklerose sich für die Annahme einer syphilitischen Genese derselben verwerten lässt, zumal in unserem Falle die Prädilektionsstelle der syphilitischen Veränderungen am Gefäßapparat, der Anfangsteil der aufsteigenden Aorta, frei von Veränderungen gefunden wurde.

Was die Untersuchung des Rückenmarks betrifft, lässt sich die Frage, ob die Affektion der Pyramidenbahn mit der Erkrankung des Corpus striatum im Zusammenhang steht, vielleicht auf Entzündungsvorgänge oder Stauungserscheinungen in der Umgebung des erkrankten Linsenkerns zurückzuführen ist, oder ob ihr eine mehr selbst-

1) Der negative Ausfall der Wa. R. in unserem Falle bei einmaliger Untersuchung kann nach unseren Erfahrungen, die sich mit der wohl jetzt allgemein vertretenen Ansicht decken, dass nur der deutlich positive Ausfall der Reaktion beweisend ist, nicht gegen die Annahme der Syphilis bei unserem Patienten, der die Infektion zugab, verwertet werden.

2) Vergl. Nonne, Syphilis und Nervensystem S. 72 „Arteriosklerose bei Syphilitikern“.

ständige Bedeutung zukommt, auf Grund unseres bisher vorliegenden anatomischen Befundes nicht entscheiden.

Von besonderem Interesse ist die Beantwortung der Frage, zu welcher der von C. und O. Vogt (l. c.) neudings aufgestellten, auf pathologisch-anatomischem Wege zu differenzierenden Gruppen von Linsenkernerkrankungen unser Fall gehört? Die drei ersten von diesen Forschern aufgestellten, in engster Beziehung zur Heredodegeneration stehenden Gruppen, der *Etat marbré* (*Status marmoratus*), der *Etat fibreux* (*Status fibrosus*), und die totale Nekrose des *Striatum* kommen auf Grund des von uns erhobenen histologischen Befundes nicht in Betracht. Es handelt sich in unserem Fall um die vierte Gruppe, welche die akut auftretenden, vaskulären Herde umfasst. Das für diese Fälle charakteristische plötzliche Auftreten der klinischen Symptome ist für unseren Fall zutreffend, während von einer bald beginnenden und mehr oder weitgehenden Besserung, die C. und O. Vogt bei ihren Beobachtungen konstatierten, bei der ungewöhnlich schweren, stürmischen Verlaufsweise in unserer Beobachtung nicht gesprochen werden kann. Blutungen und Erweichungen im *C. striatum*, welche anatomisch diese Gruppe kennzeichnen, sind in unserem Fall vorhanden. Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass ein Missverhältnis besteht zwischen diesen winzigen, im wesentlichen nur auf einen kleinen zirkumskripten Teil des Putamens beschränkten Herdchen und der Schwere der Krankheitserscheinungen, so dass als Grundlage derselben wohl die Allgemeinerkrankung des *C. striatum*, beruhend auf entzündlichen und arteriosklerotischen Gefässveränderungen, wesentlich mit in Betracht zu ziehen ist.

Auf Grund unserer Beobachtung spielen demnach nicht nur Herdbildungen, sondern auch diffusere Erkrankungen des *Striatum* bei den akut auftretenden Fällen striärer Motilitätsstörungen eine Rolle.

Die Erkrankung der Leber in unserem Fall verdient Beachtung, da Leberveränderungen bei unserer Beobachtung verwandten Krankheitsgruppen, der Wilson'schen Krankheit und der Pseudosklerose, bei ersterer konstant, bei letzterer häufig gefunden werden, und da bemerkenswerter Weise, Thomalla (l. c.) eine Erkrankung der Leber auch in seinem Falle von Torsionsspasmus nachgewiesen hat. Der Befund einer beginnenden Zirrhose in unserem Falle entspricht aber weder makroskopisch, noch mikroskopisch den eigenartigen Veränderungen, wie sie bei den genannten Krankheiten gefunden worden sind. Es handelt sich zunächst nicht um eine verkleinerte, sondern um eine in mässigem Grade vergrößerte Leber mit glatter Oberfläche, ohne die groben Höcker und

Knötchen, wie sie bei der Wilson'schen Krankheit und der Pseudosklerose gefunden werden, und der mikroskopische Befund lässt die von der gewöhnlichen Zirrhose abweichenden, auf fötale Schädigungen des Lebergewebes hinweisenden Veränderungen, wie sie bei der Pseudosklerose von Prym und mir, Völsch, Fleischer, Schütte, Rumpel u. a. neuerdings auch in dem Falle Thomalla's beschrieben worden sind¹⁾, vermissen. So wenig wahrscheinlich es also ist, dass nähere Beziehungen der leichten zirrhatischen Leberaffektion in unserem Falle zu der zerebralen Erkrankung bestehen, möchte ich doch erwähnen, dass Völsch hervorhebt, dass sein Befund bei der Pseudosklerose sehr wohl einem Entwicklungsstadium der Leberzirrhose entsprechen, und dass die relative Massenhaftigkeit der neugebildeten Knoten in dem jugendlichen Alter des Kranken ihre Erklärung finden könne.

Es wird die Aufgabe der Pathologen sein, den bei Erkrankungen des Corpus striatum vorkommenden Leberveränderungen weiter ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden und vor allem die noch ungeklärten Beziehungen von Lebererkrankungen zu Erkrankungen des Zentralnervensystems dem Verständnis näher zu bringen.

Auf die in unserem Fall gefundene auffallende Kleinheit sämtlicher innerer Organe (mit Ausnahme der Leber), die durch Vergleich mit den durchschnittlichen mir von Herrn Geheimrat Ribbert freundlichst zur Verfügung gestellten Normalwerten Gesunder ermittelt werden konnte, sei kurz hingewiesen, da die Vorstellung einer kongenitalen Veranlagung zu Erkrankungen des Linsenkerns, wie sie wohl zuerst von Anton (l. c.) ausgesprochen und später vielfach in der Literatur wieder aufgetaucht ist, vielleicht in derartigen Befunden eine Stütze findet. Auch Thomalla erwähnt in seiner Beobachtung den infantilen, besonders in der mangelhaften Ausbildung der Sexualorgane hervortretenden Habitus seines Kranken.

Fall 2. P. Grohe, 65jähriger-Schlosser, ist wegen schweren Alkoholismus und verschiedener alkoholischer Psychosen (Delirium tremens, akuter Alkoholhalluzinose, typischem Eifersuchtswahn) zu wiederholten Malen in der hiesigen Anstalt in Behandlung gewesen. Abgesehen von den psychischen Störungen und leichten neuritischen Erscheinungen (Druckschmerzhaftigkeit der Waden usw.) waren bei den ersten Aufnahmen keine auffallenden Erscheinungen bei dem Pat. zu konstatieren. Bei der letzten Aufnahme (1914)

1) In einem zur Pseudosklerose gehörigen von Fr. Schultze vor kurzem veröffentlichten Fall (Neurol. Zentralbl. 1918, Nr. 20), den er 1878 auf der Friedreich'schen Klinik zu beobachten und zu untersuchen Gelegenheit hatte, konnte schon ein analoger Leberbefund erhoben werden.

wurde träge Lichtreaktion der Pupillen festgestellt, die im Laufe der weiteren Beobachtung bei erhaltener Konvergenzreaktion völlig erlosch. 1917 bestand beiderseits Miosis und reflektorische Pupillenstarre. Pat. gab eine frühere syphilitische Infektion zu. Wassermann im Blute stark positiv, im Liquor negativ. Nonne-Apelt, schwache Trübung, Lymphozyten leicht vermehrt. (15 im cmm.) Auf psychischem Gebiete ist die grosse Stumpfheit und Affektlosigkeit des Pat. hervorzuheben. Die Merkfähigkeit ist stark herabgesetzt. Keine paralytische Sprachstörung. Die Sehnenreflexe sind von normaler Stärke. Kein Oppenheim, kein Babinski. Starke periphere Arteriosklerose. Gang und Haltung des Pat. zeigten bis auf eine leichte Unsicherheit beim Gehen keine Störungen. 1918 fällt zuerst auf, dass Pat., im Begriff durch den Krankensaal zu schreiten, plötzlich in stark rückläufige Bewegung gerät. Die Retropulsion ist so ausgesprochen, dass Pat., wenn er nicht gehalten wird, nach hinten herüber auf den Rücken fallen würde. Die Untersuchung ergibt jetzt starren, maskenartigen Gesichtsausdruck. Die Körperhaltung ist auffallend steif, ohne jedoch das typische Verhalten der Paralysis agitans zu zeigen. Alle Bewegungen lassen eine gewisse Verlangsamung und Erschwerung erkennen. Bei passiven Bewegungen fühlt man in den Gelenken der oberen und unteren Extremitäten einen leichten gleichmässigen spastischen Widerstand, der sich bei plötzlichen, brüsken Bewegungen nicht verstärkt. Zittern besteht nicht. Pat. klagt über starken Speichelfluss, der sich in letzter Zeit bemerkbar gemacht hat. Exitus plötzlich am 27. 6. 1918 unter den Erscheinungen der Herzschwäche.

Die Sektion ergab: Schädeldach schwer, Diploe erhalten. Dura mässig gespannt, Innenfläche glatt und glänzend, Hirngewicht 1270 g. Pia über der Konvexität verdickt und getrübt, ohne Substanzverlust des Gehirns abziehbar. Stirnwindungen etwas verschmälert. Pia der Basis dünn und durchscheinend. Gefässe der Basis und der Fossa Sylvii mässig arteriosklerotisch verändert. Auf einem durch das Gehirn gelegten, das Corpus striatum beiderseits freilegenden Horizontalschnitt tritt im dorsalen Teil des rechten Putamens ein grosser, zystischer, spärliche Gewebsetzen enthaltender Substanzverlust von annähernd dreieckiger Gestalt hervor, der auch auf die benachbarte Partie der Capsula interna übergreift (Abb. 9H). Auf der linken Seite findet sich an einer entsprechenden, aber etwas tiefer gelegenen Stelle des Putamens in der Umgebung kleiner Gefässe eine etwa linsengrosse, sich durch den rötlichen Farbenton deutlich von der Umgebung abhebende Stelle (beginnende Erweichung?). Aus dem übrigen Sektionsprotokoll ist hervorzuheben:

Herz stark vergrössert, besonders linker Ventrikel. Sehr starke Arteriosklerose des Anfangsteils der Aorta mit Geschwürsbildung, geringe Arteriosklerose der Aortenklappen. Starke Arteriosklerose der absteigenden Aorta. Geringe Granularatrophie beider Nieren. Leber und Milz ohne Besonderheiten. Das in Formol aufbewahrte Gehirn und Rückenmark wurde dem neurobiologischen Laboratorium in Berlin zur weiteren Untersuchung übersandt.

Es wird nach Abschluss derselben über den Befund berichtet werden. An dieser Stelle gebe ich zunächst das Resultat der von Professor Bielschowsky freundlichst ausgeführten Untersuchung des Herdes im rechten Putamen, sowie der Gehirnrinde wieder.

Bei der mikroskopischen Untersuchung sieht man, dass der Substanzverlust im rechten Putamen kein vollständiger ist. Im Gebiet der Lücke

Abbildung 9.



Grosser, annähernd dreieckiger Erweichungsherd H im Gebiet des rechten Linsenkerns.

ist der bindegewebige Gefässapparat wenigstens zum Teil erhalten geblieben, und es haften an ihm auch noch Reste gliöser Substanz mit vermehrten Gliakernen. An den Randpartien der Lücke hat das Gewebe stellenweis einen grobmaschig spongiösen Charakter. Die Balken des schwammigen Gerüsts werden von den Gefäss- und Kapillarwänden gebildet. In den Maschen finden sich zahlreiche gliogene Fettkörnchenzellen. Gegen die Nachbarschaft ist dieser

Herd an einzelnen Stellen ziemlich scharf durch eine glöse Grenzschiicht mit dicht gelagerten Gliafasern abgesetzt. Jenseits dieser Grenzschiicht ist das Gewebe nur relativ wenig verändert. Die Ganglienzellen sind vermindert, an den Markfaserbündeln sind frische und ältere Degenerationszeichen nachweisbar; es finden sich auch hier Fettkörnchenzellen zum Teil in reihenförmiger Anordnung. An anderen Stellen ist die Demarkation zwischen Herd und Nachbargewebe weniger deutlich. Der Uebergang vom Einschmelzungsherde zu dem an den Randgebieten noch vorhandenen normalen Gewebe des Putamens vollzieht sich hier allmählich. An solchen Uebergangsstellen hat das Gewebe einen areolierten Charakter. Man sieht zahlreiche mündliche kleine Lücken, in deren Lichtung geschrumpfte Ganglienzellen mit starken Degenerationerscheinungen im Sinne einer pigmentösen Atrophie neben Fettkörnchenzellen liegen.

An den erhalten gebliebenen Gefässen der grossen Gewebslücke und an den Gefässen der Nachbarschaft sind gröbere Wandveränderungen nicht nachweisbar. Insbesondere fehlen Proliferationsvorgänge an der Intima, welche im Sinne einer Endarteriitis gedeutet werden könnten. Nur in der Adventitia sind an einzelnen Stellen lebhaftere Proliferationsvorgänge an den Gewebszellen und Anhäufungen von lymphozytären Elementen sichtbar. Hier handelt es sich aber unzweifelhaft um sekundäre Erscheinungen.

Gehirnrinde (die am Formolmaterial gewonnenen Befunde wurden von Herrn Dr. Sioli durch Nisslpräparate von in Alkohol aufbewahrten Rindenstücken ergänzt). Pia im allgemeinen nicht verdickt, stellenweis geringe bindegewebige Verdickung mit Pigment führenden Abraumzellen und freiem Pigment. Keine Infiltrationszellen. Rindenoberfläche glatt, kein wesentlicher kernfreier Rindenraum. Rindenarchitektonik ohne Störung. Die Ganglienzellen häufig im Zustand chronischer Erkrankung, nicht selten aber auch im Zustand des akuten Zerfalls. In tieferen Schichten leichte Vermehrung der meist pyknotischen Gliakerne. Keine Neuronophagie. Gefässe ohne Infiltrationszellen und ohne Schwellung der Gefässwandkerne, keine Gefässvermehrung, keine Stäbchenzellen. Einige Gefässe zeigen Schlängelung und lassen leicht verdickte Wandungen erkennen. In den Gefässen des Marks finden sich in vielen Gefässcheiden Abraumzellen mit grünem Pigment.

Die klinischen Erscheinungen, welche sich bei diesem Kranken im Laufe der Beobachtung entwickelten, die eigenartige Muskelrigidität ohne Symptome einer Pyramidenbahnerkrankung, die mimische Starre, die Erscheinungen der Retropulsion, die Salivation entsprechen dem Bilde der Paralysis agitans sine agitatione, so dass ich ihn in symptomatologischer Hinsicht als ein dieser Krankheit verwandtes Zustandsbild betrachte. Wir haben schon bei Besprechung des vorigen Falles auf die Beziehungen der Paralysis agitans zum amyostatischen Symptomenkomplex Strümpells hingewiesen und möchten an dieser Stelle mit Hinsicht auf den vorliegenden Fall hervorheben, dass dieser Autor

demselben „auch im höheren Alter auftretende Fälle subsummiert, die zur Arteriosklerose der Gehirnarterien oder zur senilen Demenz in Beziehung gebracht wurden.“ Besonders wird von Strümpell darauf aufmerksam gemacht, dass die von O. Förster¹⁾ treffend geschilderte „arteriosklerotische Muskelstarre“, unzweifelhaft in dies Gebiet gehöre, ohne dass er der Arteriosklerose der Gehirnarterien eine so grosse und primäre Bedeutung zuzuschreiben geneigt ist, wie es Förster tut, sondern meint, dass noch andere unbekannte ätiologische Momente hierbei in Betracht kämen. Strümpell schildert als Typus dieser Krankheitsgruppe einen Fall, bei dem sich bei einem Manne in höherem Alter ein sehr an Paralysis agitans sine agitatione erinnernder Krankheitszustand entwickelte, und bei dem sich bei der Sektion eine Endoaortitis fand, die mit grösster Wahrscheinlichkeit (trotz negativen Wassermanns) als eine syphilitische Erkrankung aufgefasst werden musste. Dieser Befund ist auch mit Hinsicht auf unsere Beobachtung, in der sich eine schwere und ausgebreitete Endoaortitis bei einem sicher syphilitischen älteren Manne fand, bemerkenswert. Auffallender Weise liess aber in dem Strümpellschen Fall die makroskopische Untersuchung des in Formol gehärteten Gehirns auf Frontalschnitten keine Veränderungen an den Linsenkernen erkennen.

Es wirft sich die Frage auf, ob die in unserem Fall gefundenen Veränderungen, der Nachweis eines grossen gegen die Nachbarschaft ziemlich scharf abgegrenzten Erweichungsherdens im Putamen des rechten Linsenkerns einen Rückschluss auf die Aetiologie des Leidens gestatten? Diese Frage muss verneint werden. Die mikroskopische Untersuchung des erkrankten Linsenkerns liess am Gefässapparat keine Veränderungen erkennen, insbesondere fehlten alle entzündlichen Erscheinungen an demselben, und auch Veränderungen arteriosklerotischer Natur waren nicht vorhanden, so dass der Nachweis des Zusammenhanges des anatomischen Befundes mit der klinisch festgestellten Syphilis und den schweren arteriosklerotischen Veränderungen der Aorta auf histologischem Wege nicht zu erbringen war, und lediglich das Bestehen eines nekrobiotischen Prozesses nicht vaskulären Charakters konstatiert werden konnte. Der weiteren noch ausstehenden Untersuchung des Zentralnervensystems bleibt es vorbehalten, festzustellen, ob sich anderen Ortes auf eine syphilitische Grundlage hinweisende Veränderungen nachweisen lassen, für deren Vorhandensein das Bestehen der reflektorischen Pupillenstarre spricht. Die Untersuchung des Gehirns hat ergeben, dass eine Para-

1) Allgem. Zeitschr. für Psychiatr. Bd. 66. S. 902.

lyse oder eine syphilitische Erkrankung desselben im engeren Sinne nicht vorliegt. Die am Gehirn gefundenen Veränderungen sind solche, wie sie bei den verschiedensten chronischen Psychosen und im Senium nicht selten beobachtet werden. Von Interesse wird es sein, festzustellen, ob die Untersuchung des Rückenmarks tabische Veränderungen erkennen lässt, da ja Kombinationen von Paralysis agitans mit Tabes resp. mit zur Tabes gehörigen Symptomen, besonders auch Pupillenstörungen, in einer Reihe von Fällen [Seiffer¹⁾] beobachtet worden sind. Von der weiteren anatomischen Untersuchung wird auch Aufschluss über die auffallende Tatsache zu erwarten sein, dass trotz des Uebergreifens des krankhaften Prozesses auf die innere Kapsel klinische, auf eine Mitaffektion der Pyramidenbahn hinweisende Symptome fehlten.

Was die Einreihung unseres Falles in eine der von C. u. O. Vogt (l. c.) aufgestellten Gruppen betrifft, ist derselbe wohl, ebenso wie die vorhergehende Beobachtung, den - akut auftretenden Striatumherden (Erweichungen) zuzuzählen, bei denen alle Beziehungen zur Heredodegeneration fehlen. Auch der Symptomenkomplex in unserer Beobachtung entspricht der Einteilung dieser Autoren, welche der Paralysis agitans zugehörige Zustandsbilder dieser Form striärer Erkrankungen subsummieren.

Von besonderer Bedeutung für die Lokalisation des Symptomenkomplexes der Paralysis agitans sine agitatione ist die Beobachtung von Helene Deutsch (l. c.). Dieselbe konnte bei einer vorher gesunden Person im Anschluss an einen an ihr ausgeführten Erwürgungsversuch die Entstehung eines hypertonen Zustandes der Extremitätenmuskeln, besonders an den unteren Extremitäten, welche zuletzt eine unüberwindliche Kontraktur zeigten, feststellen. Auch eine auffallende mimische Starre, bedingt durch den gesteigerten Tonus der Gesichtsmuskulatur, war bei dieser Kranken, bei der alle Zeichen einer Pyramidenbahnerkrankung fehlten, zu konstatieren. Der anatomische Befund, etwa 3 Monate nach dem Würgakt erhoben, ergab eine symmetrische, isolierte Erweichung im N. caudatus und lentiformis, bei mikroskopisch normalem Befunde der übrigen Teile des Zentralnervensystems, speziell des Thalamus und der Hirnrinde. Dieser Fall weist mit der Exaktheit eines Experiments auf die nahen Beziehungen der lentikulären Erkrankung zu dem uns beschäftigenden Symptomenkomplex hin und ist für die Beurteilung der etwas komplizierteren Verhältnisse in unserer Beobachtung besonders wertvoll. Die auffallende Muskelstarre in den

1) Neurol. Zentralbl. 1900. S. 1119.

unteren Extremitäten in dem Falle von Deutsch erinnert an das Verhalten der Muskeln bei der Little'schen Krankheit. Den Untersuchungen von C. u. O. Vogt verdanken wir die Kenntnis der nahen Beziehungen dieser Affektion zu einer angeborenen Missbildung des Corpus striatum, dem *Etat marbré* (*Status marmoratus*) C. Vogt's. Was die Entstehung der Little'schen Starre betrifft, nehmen diese Autoren auf Grund ihrer Befunde an, „dass Kinder nicht als Folge der Asphyxie einen *Etat marbré* bekommen, sondern dass Kinder mit dieser Missbildung deswegen häufiger asphyktisch zur Welt kommen, weil sehr oft die im oralen Teil des Striatums gelegene Bulbärregion desselben erkrankt, und dadurch die Einstellung der Kinder auf die Lungenatmung erschwert ist.“ Die Beobachtung von H. Deutsch zeigt, dass asphyktische Zustände bei Erwachsenen auch das ursächliche Moment für die Entstehung von Erweichungsherden im Corpus striatum darstellen können, mit den Folgeerscheinungen einer ausgesprochen „reinen“ Muskelstarre. H. Deutsch weist in ihrer Arbeit auf ähnliche Beobachtungen von Löwy und Cassirer hin, in deren klinischem Bilde ebenfalls Hypertonie das konstanteste Symptom bildete (ohne Tremor, Chorea oder Athetose), so dass sich diese Fälle wie *Paralysis agitans sine agitatione* zu dem gewöhnlichen Bilde der Schüttellähmung verhielten.

Mit Hinsicht auf meine Beobachtung möchte ich besonders hervorheben, dass wenn auch die grosse Ähnlichkeit des bei Erkrankung des Linsenkerns gefundenen Symptomenkomplexes mit dem der *Paralysis agitans sine agitatione*, den Gedanken nahegelegt, diese Erfahrungen auf das Problem der Genese der *Paralysis agitans* im allgemeinen zu übertragen, mir doch die bisherigen Befunde bei der echten *Paralysis agitans* nicht eindeutig und vor allem nicht übereinstimmend genug zu sein scheinen, um ohne weiteres den Schluss zu rechtfertigen, dass die Schüttellähmung ausschliesslich auf die Erkrankung des Striatums zurückzuführen ist. Besonders zeigen die Ausführungen Marburg's (l. c.) aus neuester Zeit, nach denen die *Paralysis agitans* eine auf Störung der Nebennierenfunktion beruhende Hormontoxikose mit Affektion gewisser Systeme des Zentralnervensystems (Systeme des Bindegirns und kortikozerebellare Bahnen) ist, die Rigidität der Muskeln aber myogenen Ursprungs sein soll, dass hier doch offenbar recht komplizierte Verhältnisse vorliegen, deren einheitliche Erklärung zur Zeit noch Schwierigkeiten bereitet. Die Annahme des myogenen Ursprungs der Muskelrigidität scheint mir mit den von uns wiedergegebenen Tatsachen nur schwer in Einklang zu bringen zu sein.

Zusammenfassend lässt sich über die beiden mitgeteilten Fälle sagen, dass sie klinisch verschiedene Formen des amyostatischen Symptomenkomplexes darstellen, denen anatomisch in dem ersten Falle eine doppelseitige symmetrische Erkrankung des Linsenkerns zu Grunde lag, während in dem zweiten Fall die weitere histologische Untersuchung zeigen muss, ob es sich nur um die nachgewiesene schwere einseitige Erkrankung oder auch, wie es nach dem makroskopischen Befund wahrscheinlich ist, um eine doppelseitige Affektion des Linsenkerns gehandelt hat. Was die ätiologischen Verhältnisse betrifft, sind die Beziehungen zur Syphilis von besonderem Interesse. Während in dem zweiten Fall nicht nur Syphilis sicher vorlag, sondern die reflektorische Pupillenstarre auf eine syphilidogene Erkrankung des Zentralnervensystems hinwies, war nach der Anamnese in dem ersten Fall eine vorausgegangene Syphilis sehr wahrscheinlich. Die histologische Untersuchung zeigt in beiden Fällen, wie schwer bzw. unmöglich es nach dem heutigen Standpunkte unserer Kenntnisse sein kann, aus dem anatomischen Bilde mit irgend welcher Sicherheit Rückschlüsse auf die Natur der zu Grunde liegenden Erkrankung zu ziehen. In der Literatur finden sich nur spärliche Angaben über etwaige Beziehungen der lenticulären Degeneration zur Syphilis. Wilson (l. c.) konnte bei seinen Fällen keine Beziehungen zur Syphilis entdecken. Den bekannten Fall Anton's von „Dementia choreoasthenica mit juveniler knotiger Hyperplasie der Leber“ fasste er als kongenitale zerebrale Lues auf. Dagegen ist die Frage, ob die Lues in der Aetiologie der dem uns beschäftigenden Krankheitsbilde nahestehenden Pseudosklerose eine Rolle spielt, vielfach erörtert worden, seitdem Strümpell in seiner bekannten Arbeit über die Pseudosklerose auf die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges hingewiesen hat. Ich¹⁾ hob hervor, „dass es ein dringendes Erfordernis sei bei künftigen Beobachtungen von Pseudosklerose, Liquor und Blut nach der Wassermann'schen Methode zu prüfen, da nur auf diesem Wege sichere Anhaltspunkte über die ätiologische Bedeutung der Syphilis, insbesondere der wohl vornehmlich in Frage kommenden hereditären Form derselben, zu gewinnen seien. Oppenheim²⁾ nimmt für einen seiner Fälle, in denen hereditäre Syphilis vorlag, an, „dass der keimschädigende Einfluss der Syphilis wohl den Grund zu der Krankheit gelegt hat, ohne dass diese selbst als ein Produkt der *Spirochaeta pallida* angesehen werden könne“.

1) Beitrag zur Lehre von der Pseudosklerose (Westphal-Strümpell). Arch. f. Psych. Bd. 51. H. 1.

2) Zur Pseudosklerose. Neurol. Zentralbl. 1914. Nr. 22.

Mit Hinsicht auf unsere Beobachtung erscheint es mir besonders bemerkenswert, dass Oppenheim bei zwei Geschwisterpaaren mit Dystonia musculorum deformans ebenfalls Syphilis in der Aszendenz nachzuweisen vermochte. In jüngster Zeit ist dann von Thomalla (l. c.) bei Besprechung seines Falles von Torsionsspasmus und der eigenartigen bei ihm nachgewiesenen Leberveränderungen mit Hinweis auf die Fälle von Völsch, Homén, Anton, auf die Möglichkeit hingewiesen worden, dass ungünstige Entwicklungsverhältnisse in einem kranken z. B. kongenital luetischen Organismus die Entfaltung der Leberfunktion hindern und die Intoxikation hervorrufen können¹⁾, und v. Dziembowski²⁾ ist auf Grund seiner Beobachtungen zu der Annahme gelangt, „dass hereditäre Lues in ätiologischer Hinsicht als kausaler Faktor eine bedeutsame Rolle spielt“. Auf jeden Fall fordern diese Beobachtungen dazu auf, der Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der in Frage kommenden Krankheitszustände weiterhin besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Die Gesamtheit der bisher vorliegenden Erfahrungen zeigt, dass die allerverschiedensten Schädlichkeiten²⁾ eine Erkrankung des Linsenkerne hervorzurufen im Stande sind. H. Deutsch (l. c.) hat die verschiedenen ätiologischen Faktoren in das Bereich ihrer Betrachtung gezogen und hebt hervor, „dass die merkwürdige Tatsache, dass es Krankheitsprozesse gibt, die sich auf das Corpus striatum in so elektiver Weise beschränken, einmal als Sitz eines kongenitalen Prozesses, dann als besondere Reaktion auf gewisse toxische Prozesse, dann wieder als Prädispositionsstelle für Erweichungen ohne vaskuläre Prozesse, die Vermutung nahe legt, dass im Organ selbst die disponierende Ursache gelegen ist“. Zur Erklärung einer solchen angenommenen Prädisposition wird 1. die Gefäßverteilung (Kolisko), 2. eine das Organgebiet betreffende besondere Disposition von ihr herangezogen. Auch Thomalla (l. c.) weist auf die Möglichkeit hin, dass die Linsenkerne eine besonders hohe Empfänglichkeit oder Angreifbarkeit für Toxine haben und fasst seine ätiologischen Betrachtungen folgendermassen zusammen, „es kommen Entwicklungsfehler im Gehirn in Betracht, ferner Erkrankungen der Leber, vielleicht in Folge infektiöser Allgemeinerkrankung, oder auch Entwicklungsfehler der Leber, jedenfalls anschliessend Antointoxikation. Auch familiäre Disposition liegt oft vor“.

1) Zur Kenntnis der Pseudosklerose und der Wilson'schen Krankheit. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 57. H. 6.

2) Oppenheim (Aerztl. Sachverständigenzeitung 1918, Nr. 22) hat vor Kurzem an der Hand eines von ihm begutachteten Falles darauf hingewiesen, dass auch Kopfverletzungen einen der Wilson'schen Krankheit verwandten Symptomenkomplex hervorrufen können.

Diese Betrachtungen zeigen, dass die Erforschung der ätiologischen Verhältnisse der lentikulären Erkrankungsformen zwar eine Reihe von Tatsachen ergeben hat, an denen künftige Untersuchungen anknüpfen können, dass wir aber von einem Verständnis der Bedeutung und des Zusammenhanges der verschiedenen in Betracht kommenden Faktoren noch weit entfernt sind, und dass der Forschung auf diesem Gebiete noch mannigfache Probleme zu lösen übrig bleiben.

Fall 3. Martha Busch, Arbeiterin, 24 Jahre alt, aufgenommen am 24. Januar 1918. Aus der Vorgeschichte ist herauszuheben, dass ihre Mutter vom 12. bis 15. Lebensjahr an „Veitstanz“ gelitten haben und im 29. Lebensjahr am „Herzschlag“ gestorben sein soll. Ein Bruder litt an epileptischen Anfällen und ist geisteskrank in der Anstalt Friedrichsberg gestorben. Bei der Sektion fand sich nach den uns überlassenen Akten multiple Tumorbildung im Grosshirn. Patientin selbst soll mässig gelernt haben, im übrigen in der Kindheit und in den Entwicklungsjahren auffallende Erscheinungen nicht dargeboten haben. Entbindung (1916?) von einem unehelichen Kinde. Seit 1917 verändert, still und traurig. Es sei ihr so gewesen, „als ob ihre Röhren (Blutgefässe) zugefroren seien, die Augen seien wie verglast gewesen, sie habe wie eine Totenmaske ausgesehen, habe keine Blähungen mehr gehabt, nicht mehr aufgestossen. Seit einigen Wochen seien Schwindel, Kopf- und Herzschmerzen aufgetreten, sie fühle keinen Herzschlag mehr. Sie höre Stimmen im eigenen Leib, wie bei einem Bauchredner, aber furchtbar traurige. Sie selbst sei Idealistin, schwöre auf die Realität der Tatsachen.“ Diese Angaben werden von der Patientin bei ihrer Aufnahme, wenn auch mühsam und in abgerissener Weise vorgebracht. Sie macht zunächst einen geordneten Eindruck, nimmt Interesse an ihrer Umgebung. Sehr schnell versinkt sie aber in den folgenden Tagen in einen stuporösen Zustand. Sie liegt von jetzt an fast stets unter der Bettdecke versteckt, fast andauernd besteht sehr ausgesprochener Schnauzkrampf (Abb. 10), der in der Folgezeit nur vorübergehend verschwindet. Anfang Juni werden typisch athetotische Bewegungen zunächst in den Fingern der linken Hand beobachtet, die bald auch die Finger der rechten Hand ergreifen. In Abb. 11 sind athetotische Stellungen der Finger wiedergegeben, die Verdoppelung der Finger der r. Hand ist durch die Bewegungen derselben bei der Momentaufnahme bedingt. Am 25. Juni werden zuerst langsame drehende Bewegungen von athetotischem Charakter an den Füßen konstatiert. Beim Gehen treten extreme Plantarflexionen des l. Fusses ein, dabei starke Beugung im Kniegelenk. In dieser verkrampften Stellung bleibt Patientin eine Zeit lang stehen, bis sie das Gleichgewicht verliert und sich mit dem r. Arm auf den Boden stützt, um nicht nach links herüberzufallen. Nach kurzer Zeit verschwinden die mit der Athetose verbundenen Spasmen, und Pat. geht mit kleinen, trippelnden Schritten in ihr Bett zurück. Die athetotischen Bewegungen beherrschen von jetzt an das Krankheitsbild, sind aber zu verschiedenen Zeiten in sehr verschiedener Intensität und Ausdehnung nachweisbar. Fast konstant, wenn auch mitunter nur

in geringerem Grade, sind sie an den Fingern vorhanden. Zu manchen Zeiten tritt eine ausserordentliche Verstärkung und weiteres Umsichgreifen der Bewegungen auf die Extremitäten und den Rumpf hervor, mitunter bei Gelegenheit irgend einer psychischen Erregung wie beim Akt der Untersuchung, mitunter aber ohne eine nachweisbare Ursache. Die athetotischen Bewegungen an den unteren Extremitäten und am Rumpf pflegen bei dem Versuch aufzustehen oder zu gehen am deutlichsten hervorzutreten, mitunter treten sie aber auch beim ruhigen Liegen im Bett in die Erscheinung. Man kann dann beobachten, dass die Beine in Stellungen gebracht werden, in denen sie über der Unterlage erhoben, bald nebeneinander, bald ineinander verschlungen, frei in die Luft ragen. Beim Stehen und Gehen führen

Abbildung 11.



Athetotische Stellungen der Finger.

Abbildung 10.



Starker, fast kontinuierlicher Schnauzkrampf.

die Bewegungen öfters zu den bizarrsten Stellungen; so bleibt Patientin mitunter mit gekreuzten (Abb. 12) oder auch schlangenartig sich umwindenden Beinen stehen, oder steht auf einem Bein mit herausgezogenem anderen Beine nach Storchenart. Beim Sitzen treten mitunter eigenartige Bewegungen des Beckens, ähnlich den Bewegungen beim Bauchtanz hervor. Beim Versuch aus sitzender Stellung aufzustehen, kommen Rumpf und Extremitäten in die vertracktesten Stellungen, wie sie Abb. 13 und 14 wiedergibt, so dass Pat. schliesslich durch extreme Vornüberbeugung der Wirbelsäule mit den Händen auf den Boden zu ruhen kommt (Abb. 15) und dann auf allen Vieren weiterkriecht (Abb. 16). Da die diese eigenartigen Stellungen bedingenden spastischen Zustände der verschiedensten Muskelgruppen sich in der Regel nicht sofort wieder lösen, sondern längere oder kürzere Zeit andauern, wird nicht selten ein Verharren der Kranken in den sonderbarsten und unzweckmässigsten Positionen beob-

Abbildung 12.



Abbildung 13.



Abbildung 14.



Abbildung 16.



Abbildung 15.



Abbildungen 12–16: Athetotische, Torsionsspasmus ähnliche, Haltungen und Verdrehungen der Patientin.

achtet. Auch bei passiven Bewegungen behalten die in eine bestimmte Stellung gebrachten Arme (Abb. 17) oder Beine eine Zeit lang dieselbe bei. Mitunter ist festzustellen, dass die Kranke Gegenstände, die sie angefasst hat, nicht wieder loszulassen imstande ist, z. B. Seiten eines Buches, in dem sie blättert, so fest hält, dass eine Lösung nur unter Zerreißung der Seite möglich wäre, eine Erscheinung, die wohl dadurch zu erklären ist, dass sich athetotische spastische Zustände in die willkürlichen Bewegungen einmischen und dieselbe zeitweilig verhindern. Auch die Gesichtsmuskulatur ist, obwohl an ihr eigentliche athetotische Bewegungen nicht zu sehen sind, an diesen vorübergehenden spastischen Zuständen beteiligt;

Abbildung 17.



„Fixationskontraktur“ (Katalepsie?) des linken passiv erhobenen Armes.

man kann mitunter beobachten, dass Patientin den geöffneten Mund nicht so schnell schliessen kann und den geschlossenen Mund nicht so schnell öffnen, wie es unter normalen Verhältnissen der Fall ist, so dass man den Eindruck erhält, dass der auffallende, kontinuierliche Schnauzkrampf wohl auch durch derartige Spasmen der Mundmuskulatur mitbedingt ist. Symptome von Myotonie fehlen im übrigen vollständig. Auch die Zunge zeigt bei längerem Herausstrecken langsame, athetotische, drehende Bewegungen. Mit den spastischen Zuständen in engem Zusammenhang stehen die Erscheinungen der Pro- und Retropulsion, die häufig bei der Patientin zu beobachten sind. Sie bekommt beim Versuch zu gehen einen „Ruck“ nach vorn

26*

oder hinten, so dass sie sich einige Schritte in beschleunigtem Tempo nach einer dieser Richtungen bewegt, mitunter in schiefer nach einer Seite herübergezogener Haltung des Körpers, wenn die Spasmen der einen Seite die der anderen an Intensität übertreffen. Auffallend ist die Erscheinung, dass Patientin sich manchmal leichter und schneller nach hinten als nach vorn beim Gehen bewegt. Treten die Spasmen, besonders Dorsal- oder Plantarflexionen der Füße beim Gehen plötzlich in starker Weise auf, so stürzt Patientin nach einigen Versuchen, die Balance zu halten, auch mitunter brüsk hin. Der Fluss der athetotischen Bewegungen ist ein verschiedener. In der Regel schreiten sie von den am stärksten betroffenen Extremitätenenden proximalwärts fort, in anderen Fällen sieht man sie am Rumpf beginnen und sich dann nach der Peripherie ausbreiten. Häufig ist auch ein ganz regelloses Auftreten der athetotischen Bewegungen zugleich an den verschiedensten Körperstellen zu beobachten. Bei passiven Bewegungen ist in den Gelenken, besonders denen der unteren Extremitäten ein deutlicher gleichmässiger spastischer Widerstand zu fühlen, der sich bei plötzlichen Anspannungen nicht verstärkt. Ein negativistisches Anspannen der Muskeln ist nicht nachweisbar. Die Sehnenreflexe sind nicht gesteigert, Babinski, Oppenheim oder Gordon nicht vorhanden. Was das motorische Verhalten der Patientin, abgesehen von der Athetose, betrifft, wechseln in auffallender Weise Zeiten eines anscheinend stuporösen Verhaltens, in denen Patientin sich kaum bewegt, unter der Decke versteckt, bis auf einzelne athetotische Bewegungen fast regungslos daliegt, mit Zeiten grösster motorischer Unruhe, wilden Umherwälzens, unstillen Herumlauftens und Herausdrängens aus der Abteilung ab. In diesen letzteren Zeiten pflegt auch die Intensität und Ausdehnung der athetotischen Bewegungen am stärksten zu sein. Die Länge der ruhigen und der erregten Phasen ist eine wechselnde, schwankt zwischen einigen Tagen und wochenlanger Dauer. Die Sprache der Patientin ist eigenartig kindlich, läppisch, so sagt sie mitunter „sa“ statt ja. Auch unsinnige selbstgebildete Worte, wie „enlatielriamalatria“ werden vorgebracht. Eigenartig sind girrende Laute, ähnlich dem Girren von Tauben, die Patientin oft von sich gibt. Häufig ist zwangsartiges Auftreten von Weinen und Lachen zu beobachten. Es besteht zeitweilig starke Salivation. Störungen des Schluckens sind nur vorübergehend zur Beobachtung gekommen, in der Regel ist die Nahrungsaufnahme reichlich und unbehindert. Patientin ist zeitweilig unrein mit Stuhl und Urin, der mitunter plötzlich in profuser Weise in das Zimmer entleert wird.

Der Befund am Nervensystem ist im übrigen ein negativer. Nur sind die Bauchdeckenreflexe bei den sehr schlaffen Bauchdecken (Diastase der M. recti) nicht auszulösen. Keine Pigmentierungen, keine Veränderungen an der Leber nachweisbar. Im Urin kein Eiweiss oder Zucker, kein Urobilinogen. Es besteht keine alimentäre Lävulosurie (Prof. Gerhartz). Wa. im Blut negativ. Spinalpunktion bei der Unruhe der Patientin bisher nicht ausführbar gewesen.

Das psychische Verhalten ist in erster Linie durch seinen lebhaften Wechsel ausgezeichnet. Während in der Regel stuporähnliche Zustände oder

Phasen starker Erregung eine Prüfung ihres geistigen Besitzstandes sehr erschweren oder unmöglich machen, erscheint Patientin zu anderen Zeiten freier, so dass wenigstens bis zu einem gewissen Grade eine Prüfung des psychischen Zustandes möglich ist. Wiederholte Untersuchungen ergeben, dass sie örtlich und zeitlich nicht orientiert ist. Oft erfolgen ganz unsinnige, an Vorbeireden erinnernde Antworten, so nennt sie den Arzt „Onkel Wilhelm“, die Patienten in der Klinik bezeichnet sie als „Hindenburg“, sie sei schon drei Jahre in der Klinik und ähnliches. Bei der Prüfung der Schulkenntnisse wird das Alphabet richtig, aber in manierierter Weise aufgesagt. Sie zählt ohne Fehler bis 11. Die Monatsnamen fängt sie mit Juni an. Das Vaterunser wird richtig angefangen, dann schlüpfende, girrende Laute ausgestossen. Das erste Gebot? „Ich der Herr Dein Gott, bin ein eifriger Gott, Nini, Titi“ — Fluss in Deutschland? „Rhein“, — Zu welchem Staate gehörig? „Preussen“ — Wer führte 1870 Krieg? „Napoleon.“ Auffallend gut ist das Rechnen erhalten, Aufgaben aus dem Einmaleins werden fast ausnahmslos schnell und richtig gelöst.

Die Schrift geht nach einigen korrekt geschriebenen Worten in ein sinnloses Gekritzeln über. Nach Sinnestäuschungen gefragt, gibt sie zu, mitunter Stimmen zu hören und Gestalten zu sehen, „das sei dann so komisch“. Sowohl bei diesen Prüfungen, wie bei der Beobachtung des Gesamtverhaltens der Patientin, fällt besonders auf, dass ein eigentlich negativistisches Verhalten, abgesehen von den an Vorbeireden erinnernden unsinnigen Antworten, nicht zu konstatieren ist. Patientin sucht alle an sie gerichteten Aufforderungen, soweit es ihr Zustand gestattet, zu befolgen, ist freundlich und willig. Selbst in ihren stuporähnlichen Zuständen ist sie zugänglich, steht auf Befehl auf, legt sich auf Aufforderung wieder hin, sinnloses Widerstreben ist bei diesen Versuchen nicht festzustellen. Auch die affektive Sphäre ist keine so weit daniederliegende, wie es auf den ersten Anblick den Anschein hat. Man kann oft feststellen, dass Patientin Vorgänge ihrer Umgebung mit Anteilnahme verfolgt, besonders lebhaften Affekt zeigt sie, sobald man das Gespräch auf ihr Kind oder ihre Hamburger Heimat bringt. Es wechseln Zeiten einer heiteren Erregung, in denen sie sich sehr erotisch zeigt, sich zu anderen Patientinnen ins Bett legt und dieselben küsst, die Aerzte zu umarmen versucht u. dergl., mit Zeiten ab, in denen sie andauernd weint, jammert und sich zu verstecken sucht. Die athetotischen Bewegungen empfindet sie als sehr lästig, klagt über dieselben und bezeichnet das „Zappeln“ als ihre Krankheit.

In diesem Fall steht im Vordergrund der krankhaften Erscheinungen auf körperlichem Gebiete die Athetose, die in typischer Weise vornehmlich die distalen Abschnitte der Extremitäten betrifft. Aber wie in unserer ersten Beobachtung ist auch die Rumpfmuskulatur nicht frei von dieser Bewegungsstörung geblieben. Die drehenden langsamen Bewegungen des Rumpfes, die in Verbindung mit den entsprechenden Bewegungen an den Extremitäten zu den sonderbarsten Körperstellungen führen, haben weitgehende Aehnlichkeit mit den bei der Dy-

stonia musculorum deformans zu beobachtenden Erscheinungen. Sie unterscheiden sich aber von den typischen Fällen dieses Leidens dadurch, dass sie auch in der Ruhe, beim Liegen auftreten. Auch sind die Torsionsspasmen keineswegs konstant vorhanden, sie treten zu manchen Zeiten mit grosser Deutlichkeit in die Erscheinung, um dann wieder für kürzere oder längere Zeit zu verschwinden. Dieses Verhalten ist auch von Oppenheim bei Dystonia musculorum progressiva mitunter beobachtet, und von Maas¹⁾ in einer Beobachtung sogar eine jahrelange Besserung der krankhaften Erscheinungen festgestellt worden. Das von Thomalla bei seinem Falle von Torsionsspasmus beobachtete, an myotonische Zustände erinnernde Verhalten der Muskulatur, welches darin besteht, dass durch die plötzlich einsetzenden Muskelspasmen die Ausführung aktiver Bewegungen vorübergehend erschwert oder unmöglich gemacht wird, ist auch in unserem Falle mitunter zu konstatieren, wenn Patientin vergeblich versucht, den geöffneten Mund zu schliessen oder einen ergriffenen Gegenstand aus der Hand zu legen.

Zu den Erscheinungen der Athetose und des Torsionsspasmus gesellen sich in unseren Beobachtungen bei der Paralysis agitans zu beobachtende Symptome, von denen ich besonders die ausgesprochenen Pulsionserscheinungen mit Störungen des statischen Gleichgewichts, die maskenartige Starre des Gesichts, die starke Salivation, hervorhebe.

Zusammenfassend lässt sich über die motorischen Erscheinungen unseres Falles sagen, dass sie dem amyostatischen Symptomenkomplex Strümpell's in allen wesentlichen Punkten entsprechen. Die Eigenart der Muskelspasmen mit dem Fehlen aller auf eine Mitbeteiligung der Pyramidenbahn hinweisender Symptome, die „Fixationsrigidität“ der Muskeln, durch welche dieselben in den verträtesten Stellungen zeitweilig festgehalten werden, die Bewegungsarmut in Verbindung mit den Erscheinungen von doppelseitiger Athetose und Symptomen der Paralysis agitans, kennzeichnen den Fall als zur „Myastasia“ gehörig. Seine nahen Beziehungen zur Dystonia musculorum deformans sind mit Hinsicht auf unsere erste hier mitgeteilte Beobachtung besonders hervorzuheben.

Von Interesse sind die schweren, dem gewöhnlichen Krankheitsbilde der doppelseitigen Athetose nicht zukommenden psychischen Störungen unseres Falles. Die Entwicklung der Psychose bei einer jugendlichen Person nach einem depressiven mit unsinnigen hypochondrischen

1) Zur Kenntnis der Verlaufs des Dystonia musculorum deformans. Neurol. Zentralbl. 1918. Nr. 6.

Wahnideen einhergehenden Vorstadium, sowie die am meisten in die Augen fallenden Symptome, der Wechsel von stuporösen und Erregungsstadien, die manirierte Sprechweise mit Wortneubildungen, die gesucht unsinnigen Antworten, entsprechen anscheinend völlig den Krankheitserscheinungen der Katatonie. Jeder Beobachter, der die Kranke nur kurze Zeit zu sehen Gelegenheit hätte, würde wohl diese Diagnose stellen. Bei längerer Beobachtung der Kranken jedoch fällt auf, dass ein eigentlicher Negativismus, trotz der Schwere der psychischen Krankheitserscheinungen, fehlt. Patientin ist nicht widerstrebend, kommt allen Aufforderungen gern und willig nach. Die Muskelspannungen stehen bei ihr im Zusammenhang mit den athetotischen Bewegungen, sind in ihrer Stärke von der Intensität dieser Bewegungen abhängig, sie haben nicht den Charakter des sinnlosen Widerstrebens wie bei der Katatonie. Es ist nicht auszuschliessen, dass die anscheinend stuporösen Zustände durch die zweifellos bestehende allgemeine „Bewegungsarmut“ mitbedingt sind, und dass die „kataleptischen“ Erscheinungen bei passiven Bewegungen auf die „Fixationsrigidität“ zurückzuführen sind, wie ja auch bei den Strümpell'schen Kranken ein analoges Verhalten ohne jeden Anhaltspunkt für eine katatonische Erkrankung konstatiert werden konnte. Dass auch der fast andauernd vorhandene Schnauzkrampf vielleicht auf die dem amyostatischen Symptomenkomplex eigentümlichen Muskelspannungen zurückzuführen ist, habe ich bereits hervorgehoben.

Ueber den Endausgang des Leidens in psychischer Hinsicht ist zurzeit etwas Sicheres noch nicht zu sagen. Eine ausgesprochene, für die schweren Verlaufsweisen der Dementia praecox charakteristische gemüthliche Verblödung, lässt sich bis jetzt nicht feststellen. Diese Erwägungen veranlassen mich, die Frage, ob es sich bei unserer Patientin um eine Komplikation von Katatonie mit allgemeiner Athetose oder um einen der Katatonie ähnlichen Symptomenkomplex bei doppelseitiger Athetose handelt, zunächst unentschieden zu lassen und ihre Beantwortung von dem Resultat der weiteren Beobachtung abhängig zu machen. Sollte sich die Annahme, dass es sich um ein katatonies Zustandsbild im amyostatischen Symptomenkomplex handelt, als die wahrscheinlichere herausstellen, dann muss man sich vergegenwärtigen, dass die für die Myastasia nach den bisherigen Erfahrungen in vielen Fällen als wesentlich zu betrachtende Linsenkernerkrankung nicht auch als Ursache der in unserer Beobachtung so hervortretenden psychischen Störungen angesehen werden kann, sondern dass diese auf einer diffusen Gehirnerkrankung beruhen müssen. Hat ja auch Strümpell (l. c.)

besonders mit Hinsicht auf die bei der Wilson'schen Krankheit vorliegenden Verhältnisse hervorgehoben, dass die bei diesem Leiden „doch in vielen Fällen sehr angesprochenen psychischen Störungen auf eine wesentlich allgemeinere Beteiligung des Gehirns an dem Krankheitsprozesse hinweisen“. Eine Untersuchung der Gehirnrinde erscheint bei Fällen des amyostatischen Symptomenkomplexes, in denen psychische Störungen eine hervorragende Rolle spielen, ein unabweisbares Erfordernis zur Feststellung der diesen Zuständen vielleicht zugrundeliegenden anatomischen Veränderungen. Diese Untersuchungen sind von besonderem Interesse, da neuere Forschungen auf Beziehungen des Stirnhirns zur Motilität hingewiesen haben. So erwähnt Mills Fälle, bei denen „Stirnhirnläsionen die gleichen Symptome bewirkten, wie sie bei den Lentikularerkrankungen gefunden wurden, dieselben Innervations- und Spannungsveränderungen“ und Kleist's Untersuchungen haben es wahrscheinlich gemacht, „dass die eigenartigen tonischen und akinetischen Erscheinungen, die man bei manchen linksseitig Apraktischen findet, auf den Ausfall einer im wesentlichen vom linken Stirnhirn ausgehenden tonus-hemmenden und bewegungsanregenden Funktion zurückzuführen sei“. (H. Stauffenberg l. c.)

Es bleibt abzuwarten, ob bei unserm Fall die weitere klinische Beobachtung¹⁾, und eventuelle anatomische Untersuchung uns Anhaltspunkte zur Feststellung der Grundlage des in psychischer und somatischer Beziehung eigenartigen Krankheitsbildes liefern wird.

Die Anamnese ergab uns keine für die Beantwortung dieser Fragen in Betracht kommende Momente, da die Angabe, dass die Mutter der Patientin in ihrer Kindheit an „Veitstanz“ gelitten haben soll, ebenso wenig wie die Tatsache, dass ihr Bruder an multiplen Hirntumoren gestorben ist, bei der Bewertung der in Frage kommenden ätiologischen Faktoren mit irgendwelcher Sicherheit verwertet werden kann.

1) Anm. während der Korrektur (Ende März 1919): Der Zustand der Patientin hat sich allmählich wesentlich gebessert. Die Bewegungsstörungen sind bis auf eine leichte Athetose der Finger geschwunden. Psychisch ist Patientin erheblich freier, beschäftigt sich, stuporöse oder Erregungszustände sind nicht mehr aufgetreten. Das Gesamtverhalten hat einen ausgesprochen infantilen Habitus.

XIX.

Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn
(Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Westphal).

**Die Spirochaete pallida bei der progressiven
Paralyse.**

Von

Dr. F. Stoli.

(Hierzu Tafeln III—VII.)

Einleitung.

Zwar war das Vorkommen der Spirochäten bei Paralyse seit Noguchi's erster Mitteilung im Jahre 1913 mehrfach bestätigt. Der Nachweis beschränkte sich aber mit ganz wenigen Ausnahmen auf Befunde mit Hilfe der Dunkelfelduntersuchungen oder anderer Schnellmethoden. Deren Bedeutung ist auch in der Bearbeitung der Paralyse unbestritten und mit ihrer Hilfe erzielte Ergebnisse sind von grosser Wichtigkeit, wie insbesondere der von Forster und Tomaszewski erbrachte Spirochätenbefund an einer grossen Zahl von lebenden Paralytikern, denen Hirnrinde mittels der Hirnpunktion entnommen war, und die Arbeiten von Levaditi, A. Marie, Bankowski, die in Gehirnen von nach paralytischen Anfällen Verstorbenen bei Durchsichtung einer grossen Anzahl von Hirnstellen fast regelmässig Spirochäten fanden.

Für den Syphilidologen haben die Schnellmethoden ihre grosse Bedeutung bei der Diagnostik des einzelnen Falles in der Praxis, für den Psychiater liegt bei der Paralyse kein entsprechendes Bedürfnis vor. Die Diagnose der Paralyse wird kaum jemals an Lebenden der Hirnpunktion und des Spirochätennachweises bedürfen und am toten Gehirn wird die histologische Untersuchung mit den bewährten Methoden der Nissl-Alzheimer'schen Schule in der Prüfung oder Berichtigung der klinischen Diagnose vor dem Spirochätennachweis stets den Vorzug haben.

Die Schnellmethoden der Darstellung sind bei der Paralysebearbeitung notwendig zur Untersuchung einer grösseren Anzahl von Hirnstellen

in kurzer Zeit und sie waren und sind notwendig zur Bearbeitung der vitalen Morphologie der bei der Paralyse gefundenen Spirochäten, sie werden besonders gebraucht werden bei den bevorstehenden experimentellen Arbeiten.

Die nächstliegenden Fragen der Paralysebearbeitung verlangten gebieterischer als in der Syphilidologie nicht nur den Nachweis der Spirochäten mittels der Schnellmethoden, sondern die Darstellung im Gewebsschnitt. Diese Darstellung im Gewebe aber war seit Noguchi und Moore nur in ganz vereinzelt Fällen gelungen und wurde von keiner Methode, auch nicht von der durch Noguchi angegebenen, gewährleistet.

Jahnel's Verdienst ist es, Methoden einer zuverlässigen und übersichtlichen Darstellung der Spirochäten im Gewebe ausgearbeitet zu haben.

Jahnel selbst hat in zahlreichen Arbeiten Ergebnisse seiner Methode bekannt gegeben und damit den Bau einer Grundlage für die weitere Erkenntnis der Paralyse begonnen. Seine Methoden ermöglichen durch eine grosse Zahl von Befunden diese Grundlage zu einem tragfähigen Gebäude zu verbreitern.

Einen Beitrag dazu sollen die nachfolgend mitgeteilten Untersuchungen bilden.

Von April 1917 bis zum Abschluss der Arbeit habe ich 32 Gehirne von Paralytikern untersucht, ohne dass eine Auswahl unter dem Gesichtspunkt klinischer Besonderheiten getroffen wurde; von jedem Fall wurde je ein Stück aus der ersten Frontalwindung und der vorderen und hinteren Zentralwindung nach der Methode II von Jahnel (Pyridin-Uranmethode) zur Darstellung der Spirochäten im Gewebeschnitt behandelt.

Bei einem Teil der Fälle wurde eine grosse Menge von Gehirnstücken untersucht. Mitgeteilt werden die positiven Fälle.

Eigene Befunde.

Fall 1. Robert N., geb. 23. 4. 1869, Buchhalter. Lues 1898, 12 Spritzen Hg. Jod. Wassermann im Blut positiv 1911, darauf 1911 Kur in Oeynhausen, 6 Spritzen Salvarsan intramuskulär, 1912 nochmal 4 Spritzen intramuskulär. Seit Oktober 1912 Verfolgungsideen, Unruhe, Angst, Gedächtnisabnahme, Reizbarkeit, Zittern der Hand beim Schreiben. 25. 1. 1913 Selbstmordversuch durch Erschiessen, keine Bewusstlosigkeit, kam ins Krankenhaus und am 6. 2. in die Prov.- Heil- und Pflegeanstalt Bonn.

Befund: 2 Einschüsse an linker Schläfe, Zunge weicht nach links ab, linker Fazialis schwächer, Pupillen eng, lichtstarr, verzogen, Sehnenreflexe fehlen, Sensibilitätsstörungen an den Beinen, paralytische Sprachstörung. Tremor. Stimmung weinerlich, hypochondrische und depressive Wahnideen. Orientierung und Merkfähigkeit gut.

Verlauf: ängstlich depressiv. Isst schlecht. Am 11. 2. 1913 plötzliches Umfallen, nach 5 Minuten tot.

Sektion 7 Stunden nach dem Tode: Leptomeningitis über der Konvexität. Verschmälerung der frontalen Hirnwindungen, Erweiterung der Seitenventrikel, Granulation ihrer Wand, Hydrocephalus internus, kolossale Granulation der Wand des 4. Ventrikels. Herz schlaff, linker Ventrikel hypertrophisch, Embolie in der linken Pulmonalarterie. Aortitis luetica. In der linken Hypogastrika und Femoralis der Wand anhaftender Thrombus.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial. Färbung mit Toluidinblau nach Nissl: 1. Frontalwindung rechts: Pia abgezogen, Rindenarchitektonik stark gestört, diffus mässige Gefässvermehrung, stellenweise stärker, ziemlich reichliche Gefässaussprossungen. Mittelstarke Infiltration der grösseren und kleinen Gefässe, meist aus Plasmazellen bestehend. Ziemlich zahlreiche Stäbchenzellen. Ganglienzellen diffus stark verändert, im Sinne der wabigen Veränderung. Gliakerne meist ruhend, einzelne progressiv oder regressiv verändert; geringe Proliferation des Gliazellprotoplasmas. Keine Vermehrung der Trabantzellen, keine Neuronophagie. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: Pia stark verdickt, bindegewebig, stellenweise reichliche Infiltration mit zahlreichen Plasmazellen. Rindenoberfläche mässig wellig, verschieden starker, stellenweise sehr starker kernfreier Rindensaum, Rindenarchitektonik gut erhalten. Mit schwacher Vergrösserung fällt Gefässcheideninfiltration kaum ins Auge. Bei Immersionsvergrösserung diffuse gleichmässige Infiltration der kleinen Gefässe meist mit Plasmazellen. Stäbchenzellen, Gefässvermehrung, Ganglienzellen, Glia wie in der ersten Frontalwindung verändert, nur weniger hochgradig.

Formolmaterial: Spirochätendarstellung nach Jahnke: 1. Frontalwindung rechts. In der stark verdickten Pia, in der 1. Rindenschicht und dem Mark keine Spirochäten, in der übrigen Rinde mässig reichlich Spirochäten, am meisten in der Tiefe der 3. Schicht, Formen die typischen der Spirochaete pallida, einzelne, nicht sehr hochgradige Einrollungsformen. Lagerung diffus im Gewebe, nicht gleichmässig, sondern an verschiedenen Stellen wesentlich zahlreicher. Beziehungen zu Gewebeelementen: im allgemeinen ohne Beziehungen zu den Gewebeelementen im Gewebe, an einzelnen Ganglienzellen sind mehrere Spirochäten angelagert. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: Sehr spärliche vereinzelt liegende Spirochäten in der Hirnrinde ohne Beziehungen zu Gewebeelementen. An einer örtlich begrenzten Stelle findet sich eine überwiegende Zahl von Exemplaren, die auffällig dünn und schwächer imprägniert, zum Teil nicht schwarz, sondern braun erscheinen. Die örtliche Begrenzung der Veränderung könnte als mangelhafte Imprägnierung erscheinen. Da aber an einer Anzahl dieser Exemplare an mehr oder weniger grossen Stellen verklumptes Periblast zu sehen ist und einige Exemplare dick und verkürzt erscheinen, muss man annehmen, dass es sich um Skelettierungsvorgänge handelt, die durch ihre örtliche Begrenzung besonders bemerkenswert sind (Tafel III, Fig. 1 i).

Fall 2. Franz Z., geb. 1. 9. 1872, Fabrikarbeiter. Seit Dezember 1910 nervenschwach, Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwäche: Depression, leichte Er-

regbarkeit. 6. 3. 1911 ins Krankenhaus, dort unruhig 9. 3. in Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn.

Befund: Pupillenreaktion ungestört, Reflexe, Sensibilität, Motilität ungestört, paralytische Sprachstörung, Merkfähigkeit herabgesetzt, keine wesentliche Demenz, gibt an, er habe Anfälle von Zuckungen im linken Arm ohne Bewusstseinsstörung, einmal sei er bewusstlos gewesen. Wassermann im Blut positiv.

Verlauf: Nach einigen Tagen Euphorie und blühende Grössenideen, zeitweilig gereizt. Bleibt so bis 5. 5. 1911, dann plötzlich revoziert er die Grössenideen, es seien Illusionen gewesen, bleibt urteilsschwach, kritiklos, euphorisch. 26. 6. entlassen. Arbeitete ordentlich auf der Werft. Seit 27. 11. niedergeschlagen, gehemmt, am 12. 12. wieder in Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn. Pupillenreaktion ungestört, linker Fazialis schwächer, Sehnenreflexe lebhaft, negativistisch, im Februar 1912 zugänglicher, stumpf apathisch, dement. Im Mai 1913 Pupillenreaktion spurweise, Patellarreflexe gesteigert. August Wassermann im Blute stark positiv, im Liquor von 0,2 aufwärts stark positiv. 20. 8. 0,3 Altsalvarsan intravenös. 4. 9. 0,5 Altsalvarsan intravenös. 10. 9. 0,6 Altsalvarsan intravenös, am Nachmittag einmal Erbrechen. 20. 9. beginnender Ikterus, Temperatur 37,1—37,4, Puls 64. 21. 9. Temperatur 37,3—37,6. 22. 9. Dreimal Erbrechen galliger Massen, Temperatur 37,4—38,2. Urin: Eiweiss positiv. Bilirubin positiv. Zucker negativ. Mikroskopisch: zahlreiche Leukozyten, vereinzelte hyaline und granuliert Zylinder, keine roten Blutkörperchen. Tod 22. 9. 1913 11 $\frac{1}{2}$ h.p.m.

Sektion nach 12 Stunden: Schädeldach ikterisch, sonst o. B. Dura ziemlich stark gespannt, beim Einschneiden entleert sich sehr viel ikterischer Liquor. Frische Pachymeningitis haemorrhagica. Pia sulzig getrübt an der Konvexität. Pia der Basis dünn, ungetrübt. Gefässe der Basis dünnwandig. Hirngewicht 1185. Erwachsene männliche Leiche, Totenstarre deutlich, Totenflecke, keine Oedeme. Hautfarbe ikterisch. Muskulatur schwach, kein Fettpolster. In der Bauchhöhle bedeckt das Netz die Därme, kein Aszites; Darmserosa glatt und spiegelnd. Leber reicht bis zum Rippenbogen. Zwerchfell l. 4. ICR, r. 4 R. Fett und Muskulatur ikterisch verfärbt. Herzbeutel liegt frei, r. Lunge kollabiert, l. Lunge in ganzer Ausdehnung mit der Pleura costalis verwachsen. Herz sehr schlaff. Im r. Vorhof Speckhaut, Ostien geschlossen. Trikuspidalis o. B. Muskulatur zum Teil fettdurchwachsen. Koronararterien etwas erweitert, enthalten Speckhaut. Muskulatur, Klappen der Aorta und Pulmonalis ikterisch. L. Vorhof Speckhaut, normale Weite, Mitralis o. B., nicht verdickt, Conus arteriosus entsprechend. Aorta: herdförmig weisslich gelbliche Plaques, die an den Klappen beginnen; ikterische Färbung. Verwachsungen der l. Lunge leicht zu lösen. Anthrakotische Hilusdrüsen, Pleura verdickt. Mässiges ikterisches Lungenödem. Im Unterlappen einzelne Herde. Halsorgane ikterisch, sonst o. B. Mässige luetische Aortitis. Milz doppelt vergrössert. Serosa glatt spiegelnd, sehr weich. Pulpa leicht abzustreifen. Trabekel deutlich. Follikel o. B. 17:9:2 $\frac{1}{2}$ cm. L. Nierenkapsel leicht abziehbar. Auf der Oberfläche bis Talergrösse prominierende Herde, die zum Teil nur aus weisslichen Knötchen

und hyperämischem Rand bestehen. Auf der Schnittfläche entsprechen die Herde den Markkegeln. Stark ikterisch. Im Nierenbecken leichte zum Teil blutige Auflagerungen. Kapsel von r. Niere leicht abziehbar. Auf der Oberfläche zahlreiche Knötchen, an Einzelstellen geringe Blutungen. Auf der Schnittfläche einzelne Knötchen der Rinde. Nierenbecken leicht injiziert, weiche Auflagerungen. In Magen und Duodenum etwas Speisebrei. Schleimhaut des Duodenums leicht hämorrhagisch injiziert. Ductus choledochus anscheinend nicht durchgängig auf Druck auf die Gallenblase. Nach Sondierung entleert sich reichliche Galle. Leber 25 : 9 : 20 cm. Gew. 1855, Schnittfläche mässig stark ikterisch. Gallengänge nicht erweitert, deutliche ikterische Zeichnung nicht vorhanden. In der Gallenblase reichlich dunkelbraune Galle. Im Darm weisslich gelblicher Inhalt. Im Dickdarm harter galliger Kot. Dünndarm Schleimhaut leicht injiziert, ikterisch, enthält viel Schleim. In der Nähe der Ileozökalklappe kleines linsengrosses Geschwür. Im Douglas leichte schwärzliche punktförmige Pigmentierungen. Blase stark kontrahiert, enthält wenig trüben Harn. Im Rektum schleimiger Kot. Schleimhaut leicht injiziert. Im Trigonum der Blase leichte fibrinöse Auflagerungen. Fundus mässig injiziert.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial, Färbung mit Toluidinblau nach Nissl. I. Frontalwindung: Pia mässig stark verdickt und infiltriert, Hirnrinde stellenweise verschmälert, Rindenarchitektonik deutlich, aber nicht sehr stark gestört, Oberfläche der Rinde leicht wellig, schmaler kernfreier Rindensaum. Reichliche diffuse Vermehrung kleiner Gefässe mit Sprossbildung und sehr vielen geschwollenen Gefässwand- und Endothelkernen. Diffuse Infiltration mit grossen offenbar meist frischen Plasmazellen. Keine massiven Infiltrationszellmengen. In den adventitiellen Scheiden und den Gefässwandzellen grösserer Venen viel gelbes Pigment. Seltene Stäbchenzellen. Ganglienzellen diffus, meist wabig verändert, stellenweise perizelluläre Inkrustationen. Keine Neurenophagie. Gliakerne in der Rinde und Mark meist ruhend. Keine beträchtlichen Wucherungserscheinungen am Gliazellprotoplasma. Die Veränderung ist diffus, aber nicht ganz gleichmässig. Es bestehen Bezirke stärkerer Gefässvermehrung. Vordere und hintere Zentralwindung: Die gleiche Veränderung der Ganglienzellen wie in I. Frontalwindung; Infiltration, Endarteriitis, Gefässvermehrung von gleicher Art, aber weniger stark ausgeprägt wie in I. Frontalwindung. Rindenarchitektonik gut erhalten. Medulla oblongata und Kleinhirn: Infiltration vereinzelter Gefässe, keine Gefässvermehrung.

Formolmaterial: Spirochätendarstellung nach Jahnke. Von I. Frontalwindung, vorderer und hinterer Zentralwindung, Kleinhirn und von einem Block aus dem Boden des 4. Ventrikels. In den Schnitten der Frontal- und vorderen Zentralwindung ganz vereinzelt hier und da eine Spirochäte; in den Schnitten von Kleinhirn und Boden des 4. Ventrikels keine Spirochäten.

Fall 3. Heinrich P., geb. 7. 2. 1864, Kutscher. Exzesse in venere et baccho, wiederholt Delirium tremens. Am 1. 5. 1912 ins Krankenhaus Mülheim wegen Delirium tremens, nach dessen Ablauf dauern Halluzinationen an, ver-

waschene Sprache, Reflexsteigerung, deshalb am 4. 6. in die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn aufgenommen.

Befund: Starker Tremor, Pupillenreaktion links träge und wenig ausgiebig, rechts ungestört. Sehnenreflexe lebhaft, paralytische Sprachstörung. Stimmung euphorisch, humoristisch, geringe Aufmerksamkeit, sehr starke Merkfähigkeitsstörung, delirante motorische Unruhe, verwirrter Rededrang, will das Auge herausgenommen haben, halluziniert. Liepmann negativ.

Verlauf: Euphorie, chronisch delirante Unruhe, verlangt dauernd Entfernung seines Auges. November 1912 ein Anfall, in dem er fällt und den Oberarm bricht, danach ruhiger, stumpf, ganzdement. Geht körperlich zurück und stirbt am 27. 2. 1913. 5 h. p. m.

Sektion 1½ Stunde nach dem Tode: Hydrocephalus externus und internus, starke Leptomeningitis chronica über der vorderen Konvexität, Ependymitis granularis des Seitenventrikels und des 4. Ventrikels, Verschmälerung der frontalen Hirnwindungen. Aortitis luetica, Verdickung der Mitralklappen, bronchopneumonische Herde, hämorrhagischer Infarkt im Unterlappen der rechten Lunge.

Histologischer Befund: Alkolmaterial, Toluidinblaufärbung nach Nissl: I. Frontalwindung rechts: Pia wenig verdickt, stark infiltriert mit Plasmazellen, Lymphozyten und Abraumzellen, von der Hirnoberfläche gut abgesetzt, an einzelnen Stellen mit ihr verlötet. Gehirnoberfläche ziemlich glatt, kein kernfreier Rindensaum, Rindenarchitektonik gut erhalten, Gefäße nicht sehr vermehrt, zahlreiche Gefäße aber von dicken Infiltrationsmänteln umgeben, die meist aus Plasmazellen bestehen. Auch im Mark dicht unter der Rinde noch starke Infiltrationen der Gefäßscheiden. Endothelkerne nicht wesentlich geschwollen. Die Infiltration hält sich in den adventitiellen Scheiden und durchsetzt nicht die Gefäßwand bis zum Endothel. Stäbchenzellen und Neubildungen von Gefäßen. Ganglienzellen diffus stark verändert, Zustand des körnigen Zerfalls in Verbindung mit der chronischen Erkrankung. Trabanzellen nicht vermehrt, keine Neuronophagie. Gliakerne allgemein und sehr stark geschwollen, deutlich am stärksten in der 3. Schicht. Starke Proliferation eines lockeren Gliazellprotoplasmas um die Kerne. Die Veränderung ist diffus, stellenweise sind Stäbchenzellen und Gliakernschwellung stärker ausgeprägt. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: Die Ganglienzellveränderung ist weniger stark, alle anderen Veränderungen an Art und Stärke wie in der I. Frontalwindung.

Formolmaterial: Spirochätendarstellung nach Jähnel: I. Frontalwindung links: In Pia, I. Rindenschicht und Mark keine Spirochäten. In einem Teil des bearbeiteten Stückes, einer Seite der betreffenden Hirnwindung, einzeln liegende spärliche Spirochäten von typischer sehr langer Form mit einzelnen knospenartigen Formveränderungen im oberen Teil der 3. Schicht. Sie liegen im Gewebe ohne erkennbare Beziehungen zu zelligen Gewebeelementen. Gyrus rectus links: Etwas weniger reichliche Exemplare, aber diffus regelmäßiger verteilt in allen Schichten ausser der I. Rindenschicht. Form typisch,

Lage im Gewebe. Hintere Zentralwindung: Ganz vereinzelte Spirochäten in der 3. Schicht. Vordere Zentralwindung: Keine Spirochäten.

Es ist hervorzuheben, dass in den sehr massigen Infiltraten dieses Falles keine Spirochäten liegen.

Fall 4. Peter H., geb. 30. 1. 1881, Schmied. 23. 10. 1916 in der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn aufgenommen. Ein halbes Jahr vorher eine Art Anfall (starke Kopfschmerzen, es ginge ihm alles rund), danach Gedächtnisschwäche, unsicheres Sprechen, in letzterer Zeit nachlässig.

Befund: Pupillen lichtstarr, starker Tremor, lebhaftes Sehnenreflexe, links Andeutung von Babinski, starke Sprachstörung. Stumpf, euphorisch, hochgradige Demenz.

Verlauf: Stumpf, euphorisch, findet sich nicht zurecht, wird hinfällig und stirbt am 21. 12. 1916. 2 $\frac{1}{2}$ h. p. m.

Sektion 20 Stunden nach dem Tode. Gefässe der Basis und Fossa Sylvii zartwandig, Pia vom Frontalpol bis zur Zentralfurche etwas getrübt, nicht wesentlich verdickt, Windungen nicht deutlich verschmälert. Seitenventrikel nicht erweitert. Ependym derselben und des 4. Ventrikels nicht granuliert.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial, Toluidinblaufärbung nach Nissl. Frontalpol rechts: Pia wenig verdickt durch Infiltrationszellen, diese sind vorwiegend Lymphozyten, eine gewisse Anzahl Abraumzellen, nur vereinzelt Plasmazellen. Die Infiltration durchsetzt nirgends die Wand der pialen Gefässe. Die Pia ist von der Gehirnoberfläche gut abgesetzt. Die Gehirnoberfläche ist im grossen ganzen glatt, ein bemerkenswerter kernfreier Rindensaum besteht nicht; die Rindenarchitektonik ist im allgemeinen gut erhalten, fleckweise stärker gestört, mehr durch Reichtum infiltrierter Gefässe als durch Zellausfall. Die Rindengefässe sind ziemlich allgemein mit Plasmazellen locker infiltriert, diese Plasmazellen sind von auffallend verschiedener Form und Grösse, starke Vermehrung kleiner Gefässe, zahlreiche Stäbchenzellen. Endothelkerne stellenweise vergrössert. Im Rindenbilde fällt besonders in die Augen die allgemeine Ganglienzellerkrankung des „Zellschwundes“ (Vakuolisierung des Kernkörperchens, Grösse und Blässe des Kerns, ohne oder mit ganz dünner Kernmembranfalte, perinukleäre Unfärbbarkeit, färbbare Substanzen als Basalkörper, Kernkappen, Verzweigungskegel in blasser, krümeliger, schlecht umschriebener Form erhalten, Dendriten und Achsenzylinder gleichmässig blass ziemlich weit gefärbt, nicht aber die feineren Verzweigungen). Von dieser Erkrankung bestehen die verschiedensten Stadien bis zur Auflösung der Zellen. Glia der 1. Schicht und der ganzen Rinde sehr stark progressiv verändert und gewuchert, Kerne meist gross und blass, zum Teil von langer Form, mit mehreren Polkörperchen, reichlich Protoplasmabildung, zum Teil Rasenbildung. Einige homogene Gliakerne, umgeben von einem hauchartigen Leib von Gestalt der amöboiden Gliazellen, in denen einige metachromatische Körnchen eingelagert sind. Die Trabantzellen liegen in etwas vermehrter Menge den Ganglienzellen sehr eng an und haben meist

grosse helle, zum Teil gestreckte Kerne und zum Teil Protoplasmastippchen. Bilder schwerer Neuronophagie fehlen. Die ganze Rinde sieht schmutzig aus durch eine Menge von Körnern, Kringeln und Resten, deren Zugehörigkeit zu Zellen oft nicht mehr genau zu bestimmen ist. Im Mark ganz allgemein grosse Gliakerne und eine ziemliche Menge von Gliazellen mit grossem formverändertem blassem Kern, mehreren metachromatischen Polkörperchen und einem grossen massiven Protoplasmaleib, der sich am Rande in feine Fortsätze auflöst (gemästete Gliazellen). Fleckweise im Mark freie Körnchen, Kringelchen usw. 1. Frontalwindung rechts gleicht dem Frontalpol. Vordere und hintere Zentralwindung rechts gleicht dem Frontalpol, Gefässvermehrung und Infiltration ist fleckweise stärker.

Formolmaterial: Spirochätendarstellung nach Jahnelt (die Präparate sind nach der Methode I — ohne Pyridinvorbehandlung — dargestellt, sie sind nur stellenweise brauchbar, da sie stellenweise Fibrillendarstellung und Niederschläge zeigen). 1. Frontalwindung links: keine Spirochäten. Vordere und hintere Zentralwindung links: an einer sich über mehrere Immersions Gesichtsfelder erstreckenden Stelle der hinteren Zentralwindung zahlreiche (etwa 20 im Gesichtsfeld) Spirochäten in typischer Form, viele mit Verschlingungen des Leibes, diffus einzeln im Gewebe, ohne erkennbare Beziehungen zu zelligen Gewebeelementen, nur um Ganglienzellen stärker angehäuft.

Fall 5. Gustav K., geb. 24. 12. 1879, Chauffeur. Am 8. 6. 1914 in Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn aufgenommen, nachdem er 2 Wochen vorher erkrankt mit Kopfschmerz, Schwindel, Aufgeregtheit, schwerer Sprache, Grössenideen.

Befund: Pupillen fast lichtstarr, Sehnenreflexe gesteigert, Romberg, paralytische Sprachstörung, Euphorie, unsinnige Grössenideen, Störung der Merkfähigkeit.

Verlauf: 13. 6. 1914 0,3 Altsalvarsan intravenös, 23. 6. 0,6 Altsalvarsan intravenös. Er ist ruhig, bescheiden, geistig leicht geschwächt, wird am 19. 8. entlassen, am 15. 10. wieder aufgenommen, ruhig, affektlos. Oktober 1915 nochmals 3 mal Altsalvarsan, Wassermann bleibt positiv, Patient bleibt unverändert. Juli 1916 mehrere paralytische Anfälle, nach denen er geistig zurückgeht. 1917 körperlicher Rückgang, Tod 28. 2. 6³/₄ h. p. m.

Sektion nach 15 Stunden: Sehr starke Verdickung und Trübung der Pia vom Stirnpol bis zum Partiallappen beiderseits, mässige Verschmälerung der Windungen im Stirnhirn, starke Granulation der erweiterten Seitenventrikel und des 4. Ventrikels.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial. Färbung mit Toluidinblau nach Nissl. 1. Frontalwindung links: Pia stark verdickt, meist bindewebig fibrös, mit vielen Abraumzellen, stellenweise mit Anhäufung zahlreicher Infiltrationszellen, in denen Plasmazellen überwiegen. Keine die Gefässwand durchsetzende Infiltration. Pia überall vom Gehirn gut abgesetzt. Rindenoberfläche grobwellig, verschieden dicker kernfreier Rindensaum, an

einer kleinen Stelle dicht unter der Oberfläche um ein Gefäss Infiltrationszellen frei im Gewebe, meist Lymphozyten, vereinzelt Plasmazellen. Hirnrindenarchitektur stark gestört, an verschiedenen Stellen in verschiedener Stärke, an einzelnen Stellen sehr beträchtlicher Nervenzellausfall. Gefässvermehrung in der ganzen Rinde deutlich, an verschiedenen Stellen verschieden stark. Die Gefässscheiden sind zum Teil sehr stark infiltriert, meist mit Plasmazellen, teilweise mit Lymphozyten, an einzelnen Stellen durchsetzt die Infiltration die Gefässwand bis zur Intima, deren Kerne zum Teil stark geschwollen sind. Die kleinsten Gefässe und Kapillaren zeigen fast reine Plasmazelleninfiltration, die Plasmazellen sind von kleiner bis grosser Form, die Intimawucherung ist an den kleinen Gefässen sehr deutlich. Gefässaussprossungen und Stäbchenzellen mässig reichlich. Die Ganglienzellen zeigen durchgehend das Bild der chronischen Veränderung, an verschiedenen Stellen verschieden stark; einzelne Ganglienzellen sind im Schwund. Gliazellen: viele pyknotische Kerne, viele Schwellungsformen der Kerne mit reichlicher Protoplasmaabildung massiver Art. In den verschiedenen Schichten ist die Veränderung an Qualität gleich, an Quantität bestehen die stärksten Ausfälle in der 3. Rindenschicht, die stärkste Gefässinfiltration in der 5. und 6. Rindenschicht. Auch im Mark finden sich stark infiltrierte Gefässe in ziemlicher Zahl. Die Veränderung ist an verschiedenen Stellen sehr verschieden stark, Fig. 1 und 2 der Tafel V zeigen 2 dicht nebeneinanderliegende Stellen aus dem gleichen Schnitt. 1. Temporalwindung links: Pia Veränderung gleicher Art, Infiltration stärker wie bei 1. Frontalwindung. Rinde: Veränderung gleicher Art wie in 1. Frontalwindung, fleckweise aber viel stärker als dort, sowohl in Infiltration, wie Gefässvermehrung, wie Zellausfällen und Störung der Architektur. Die Zellausfälle sind am stärksten in der 3. Rindenschicht, von der an einzelnen Stellen keine Nervenzellen mehr vorhanden sind, sondern nur ein Gefässgerüst, zwischen dem Stäbchenzellen, Gliazellen (progressiv und regressiv verändert), zum Teil rasenartig und einige Ganglienzellreste liegen. Keine freien Infiltrationszellen. Die Gefässe dieser Stellen sind gering infiltriert. An der Oberfläche eine kleine Stelle mit vielen freien Infiltrationszellen frei im Gewebe um ein Gefäss. Die Ganglienzellen sind im allgemeinen weniger stark chronisch verändert als in 1. Frontalwindung. Vordere und hintere Zentralwindung links: Pia stark bindegewebig verdickt, fast ohne Infiltrationszellen. Rinde zeigt sehr gut erhaltene Architektur und nur geringe krankhafte Veränderungen. Nur vereinzelt finden sich Gefässscheideninfiltration mit Plasmazellen, Schwellung der Intimakerne, Stäbchenzellen. Ganglienzellen und Gliazellen zeigen nur geringfügige Veränderungen.

Formolmaterial: Spirochätendarstellung nach Jähnel. 1. Frontalwindung rechts: Im Mark und der stark verdickten Pia keine Spirochäten. In der ganzen Hirnrinde reichlich Spirochäten, bei weitem am zahlreichsten in der 3. Rindenschicht (ca. 20 im Gesichtsfeld, Taf. III, Fig. 4), aber auch in der 1. Rindenschicht. Formen typische meist sehr lange Exemplare, vereinzelt Einrollungsformen. Verteilung diffus, einzeln liegend, fleckweise stärkere Anhäufungen. Die meisten liegen ohne erkennbare Beziehungen zu Gewebele-

menten diffus im Gewebe, eine grössere Anzahl liegt einzeln oder in mehreren Exemplaren an Ganglienzellen und auch anderen Zellen an. Unverkennbar sind die Beziehungen einiger Exemplare zu Gefässen, in denen einige längs oder schräg gestellt in der Gefässwand liegen (Taf. III, Fig. 8 und 9), vereinzelt auch in den adventitiellen Scheiden zwischen Infiltrationszellen liegen (Taf. III, Fig. 5), ganz vereinzelt sieht man eine stark eingerollte Spirochäte zwischen Infiltrationszellen so um einen Kern gerollt liegen, dass anzunehmen ist, sie liegt in einer Infiltrationszelle. Stück aus der Mantelkante vom hinteren Ende der linken Frontalwindung mit ungeheuer stark verdickter Pia rechts: In der Pia keine Spirochäten, in der Hirnrinde Spirochäten wie in vorigem Stück, aber erheblich weniger. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: Keine Spirochäten.

Fall 6. Arnold H., geb. 7. 5. 1864, Anstreicher-geselle. Juli 1909 im Krankenhaus wegen Rheumatismus, 6. 8. in Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn.

Befund: Pupillenreaktion ungestört. Patellarreflexe schwach, links schwächer als rechts, allgemeine mässige Hypalgesie, paralytische Sprachstörung, euphorisch, stumpf, gute Merkfähigkeit.

Verlauf: Jeden Monat 3—5 paralytische Anfälle, danach oft verwirrt oder erregt, zeitweilig plötzliche Wahnideen (glaubt Geld verschluckt zu haben oder bestohlen zu sein), wird plötzlich aggressiv. Wechsel von Euphorie und Gereiztheit, kommandiert die Umgebung. Zeitweilig zeigt er gute geistige Fähigkeiten, geht aber seit 1911 unter regelmässigen Anfällen zurück, schliesslich monatelange starke Erregung, wird elend und stirbt am 22. 7. 1912 2 h. p. m.

Sektion 21 Stunden nach dem Tode: Mässige Verdickung und Trübung der Pia vom Frontalpol bis zur hinteren Zentralwindung. Sehr starke Atrophie der Hirnwindungen in gleicher Ausdehnung, stark erweiterte Seitenventrikel, Granulation des 4. Ventrikels. Oedem beider Lungen, schlaffe beginnende Pneumonie l., sonst kein Befund.

Histologische Untersuchung: Nur Formolmaterial vorhanden. Färbung mit Kresylviolett. Vordere und hintere Zentralwindung links: Pia mässig verdickt, teils durch Bindegewebe, teils durch Infiltrationszellen, diese meist Plasmazellen, viel Pigment. Gehirnoberfläche etwas wellig, starke kernarme Deckschicht. Hirnrinde allgemein zellarm, besonders auffällig fast völliges Fehlen der oberen und tiefen Körnerschicht, an Stelle der tiefen Körnerschicht eine besonders zellarme Zone. Mässige Gefässvermehrung, allgemeine Infiltration grosser und kleinster Gefässe, meist mit Plasmazellen, viel Pigment in den adventitiellen Scheiden. Endothelschwellung und Stäbchenzellen nicht erkennbar. Ganglienzellen zum Teil chronisch verändert. 1. Frontalwindung links: Wie Zentralwindung. 1. Temporal- und Okzipitalwindung: Nur geringe Veränderungen erkennbar, Körnerschichten erhalten. Spirochätendarstellung nach Jahnel: 1. Frontalwindung links: In Pia, 1. Rindenschicht keine Spirochäten. In der tieferen Rinde überall einzelne

Spirochäten, in einigen flächenhaften Bezirken der tieferen Rinde ganz ungeheuer viel Spirochäten (weit über 100 im Gesichtsfeld), sehr lange auffällig dünne Exemplare, gleichmässig einzeln liegend, Beziehungen zu Gefässen oder zelligen Gewebsbestandteilen nicht erkennbar. Auch bei den Präparaten dieser Färbung sieht die Hirnrinde auffällig aus, ihr oberer Teil wie ein scholliges ineinandergeschobenes Gerüstwerk, die sonst bei dieser Färbung gut abgrenzbaren Gliazellen der 1. Rindenschicht sind schlecht zu erkennen, ein Teil ist deutlich amöboid verändert. Vordere und hintere Zentralwindung links: In der tiefen Rinde fleckweise mässig reichliche Spirochäten, einzeln liegend. Die Rinde wie in 1. Frontalwindung.

Fall 7. Helene T., geb. 11. 10. 1869, Arztfrau. Vater litt an Angstneurose, Mutter sehr bigott, zerrissene Erziehung. Patientin stets sehr exzentrisch, ethische Defekte, krankhaft eifersüchtig, in letzten Jahren Alkoholmissbrauch. 1892 verheiratet mit Arzt, dieser hatte 1892, als Frau mit erstem Kind im 4. Monat schwanger, schwerheilende Wunde an der Hand, die nach Sachverständigenurteil nicht spezifisch war. Kind kam richtig zur Welt, nach 14 Tagen Hautausschlag, nach einigen Wochen tot. Ehemann hatte nie Erscheinungen von Lues bemerkt ebenso nicht Patientin. Mai 1915 liess Ehemann Blut untersuchen, Wassermann positiv, hat seit 1914/15 Rekurrenzlähmung, nach fachärztlichem Urteil infolge Erweiterung der Aorta. 4 Kinder leben gesund. Patientin seit 1913 wortkarg, vernachlässigt sich, lebte zuletzt nur von Wasser und Brot. War vom 22. 9.—1. 12. in psychiatrischer Klinik Köln. Dort Pupillen verzogen, kaum wahrnehmbare Lichtreaktion, ausserordentliche Steigerung der Sehnenreflexe, unregelmässige unkoordinierte choreatische Bewegungen der Arme, zwei Anfälle epileptischer Form, Zuckungen rechts mehr als links, lang dauernde Bewusstseinstörung. Wassermann in Blut und Liquor negativ, mittelstarke Polyzytose, Nonne positiv. Apathisch, grimassiert, zeitweilig unrein, nach 4 Wochen freier, maniert, affektlos, zeitweilig verstimmt. Am 12. 5. 1915 wieder zur psychiatrischen Klinik Köln, seit kurzem erregt, verwirrt, halluziniert. Wassermann erneut negativ. Am 22. 5. zur Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn.

Befund: Links Fazialisschwäche, Pupillenreaktion träge. Sprache langsam, häsitierend, Sehnenreflexe vorhanden. Choreatische Bewegungen der Hände, Gang taumelig.

Verlauf: Wechselnder Zustand, manchmal heiter orientiert, manchmal verwirrt, ängstlich, benommen, Sprache oft kaum verständlich, zeitweilig unrein. Geht von Oktober an körperlich und geistig progressiv zurück, Pupillen lichtstarr, Sehnenreflexe lebhaft. 20. 10. wiederholte allgemeine Konvulsionen mit Bewusstlosigkeit, seitdem ohne Besinnung, stirbt 24. 10. 6 $\frac{1}{2}$ h p. m.

Sektion 15 $\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Tode: Gefässe der Basis und der Fossa Sylvii fleckweise verdickt und verhärtet. Pia über dem Frontalhirn sulzig verdickt, nicht wesentlich getrübt, Gehirnwindungen nicht wesentlich verschmälert. Seitenventrikel erweitert, Ependym glatt. Ependym des 4. Ventrikels granuliert.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial, das nach Alkoholfixierung in Formol aufbewahrt war; Kresylviolettfrärbung. 1. Frontalwindung links: Pia mässig verdickt, Infiltrationszellanhäufungen in lockerem Bindegewebe, mehrere Gefässe stark hyalin entartet. Rindenoberfläche grob-wellig, erheblicher allgemeiner kernfreier Rindensaum, Rindenarchitektonik fleckweise stark gestört, verschieden starke Vermehrung und Infiltration von Rindengefässen, die Infiltrationszellen sind meist Plasmazellen. Keine wesentliche Endothelkernschwellung. Wenige Stäbchenzellen. Ganglienzellzustand nicht klar erkennbar, infolge Konservierung. Gliakerne teils ruhend, teils progressiv verändert. Vordere und hintere Zentralwindung links: Infiltration der Pia geringer, der Rinde wie in Frontalwindung. Architektonik besser erhalten, Gefässvermehrung geringer, kernfreier Rindensaum wie in Frontalwindung. Okzipitalwindung (Calcarina) links: Wie Zentralwindung. Formolmaterial. Spirochätendarstellung nach Jähnel. 1. Frontalwindung rechts: In mehreren fleckförmig verteilten Stellen der 2. bis 6. Rindenschicht finden sich spärliche (1—3 im Gesichtsfeld) Spirochäten, meist von typischer Form, einige auch von sehr stark eingerollter Form (bis zu knotenartiger Form) diffus einzeln liegend im Gewebe ohne erkennbare Beziehungen zu zelligen Gewebeelementen. Keine Spirochäten in Pia, Mark und 1. Rindenschicht. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: Ganz spärlich einzeln liegende Spirochäten in der Rinde ohne Beziehung zu zelligen Gewebeelementen. Okzipitalwindung rechts (Calcarina): Spärliche vereinzelt liegende Spirochäten ohne Beziehung zu zelligen Gewebeelementen in der 1. und den anderen Rindenschichten.

Fall 8. Fritz K., geb. 1. 2. 1865, Kaufmann. Am 10. 6. 1913 in die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn aufgenommen nachdem er völlig verwirrt in Bonn auf der Strasse aufgegriffen war.

Befund: Beben der Mundmuskulatur, Pupillen rechts weiter als links, lichtstarr, Patellarreflexe rechts schwach, links nicht auslösbar, Romberg angedeutet, paralytische Sprachstörung, affektlos, stumpf, Grössenideen pekuniärer Art, verwirrte Angaben, Benehmen geordnet. Gibt Syphilis zu.

Verlauf: Sehr stumpf, 3. 9. 1913 paralytischer Anfall, danach rapider körperlicher Verfall und Tod am 8. 9., 8 $\frac{1}{2}$ h. p. m.

Sektion nach 14 $\frac{1}{2}$ Stunden: Léptomenigitis chronica, Athrophia, gyrorum cerebri, Ependymitis granularis, schlaffes Herz, Nephritis interstitialis.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial, Toluidinblaufärbung nach Nissl: 1. Frontalwindung rechts: Pia stark verdickt, halb bindegewebig, halb infiltrativ, die Infiltration ist gleichmässig, der Hirnoberfläche benachbart, meist von der Hirnoberfläche gut abgesetzt, an einigen kleinen Stellen mit ihr verlötet. Die Infiltration enthält viele Plasmazellen, es besteht keine Infiltration, welche die Gefässwände durchsetzt. Gehirnoberfläche stellenweise sehr stark wellig; deutlicher mässig dicker kernfreier Rindensaum. Rindenarchitektonik wenig gestört, eine Verringerung der Zahl der Ganglienzellen ist vorgetäuscht durch akute Zellerkrankung. In Hirnrinde ausgedehnte diffuse Infiltration der

Gefässcheiden mit z. T. dicken Zellmänteln, die Infiltration besteht grösstenteils aus grossen Plasmazellen. An einzelnen Stellen der Gefässe finden sich dicke Polster von gewucherten Intimazellen und Gefässaussprossungen. An einigen kleinen Stellen örtlich begrenzter Austritt von Plasmazellen und Lymphozyten ins Gehirngewebe. Stäbchenzellen stellenweise vorhanden, an anderen Stellen fehlend. Ganglienzellen im Sinne der akuten Zellveränderung Nissl's erkrankt. Gliakerne in ziemlicher Zahl hochgradig progressiv verändert, ohne sichtbaren Protoplasmaleib, eine gewisse Zahl Gliakerne pyknotisch oder homogen verändert umgeben von einem schwach sichtbaren, wolkenartigen Protoplasmaleib von der Form der amöboiden Zellen, der einige rotgefärbte Granula enthält. Die Ganglienzellveränderung ist diffus, aber nicht gleichmässig, sondern fleckweise mehr oder weniger stark. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: Gleicht in Art der Veränderung und darin, dass die Veränderung fleckweise verschieden stark ausgeprägt ist, der 1. Frontalwindung. Die Quantität der Veränderung ist stärker als an der 1. Frontalwindung in Bezug auf Pia-infiltration, Verlötung der Pia mit der Hirnoberfläche auf weite Strecken, Gefässvermehrung und Dicke der Infiltration. Intimawucherung. An einzelnen Gefässen von Pia und Rinde durchsetzt die Infiltration die Gefässwand fleckweise in ganzer Dicke.

Formolmaterial: Spirochätendarstellung nach Jahnel. L. Frontalwindung rechts: In der Pia, der 1. Rindenschicht und dem Mark keine Spirochäten. In den tieferen Zweidritteln der 3. Schicht und den tieferen Schichten bis zur Markgrenze reichlich Spirochäten (über 10 cm Immersions Gesichtsfeld), am meisten in der 3. Schicht. Form der Spirochäten: Neben einzelnen typischen Exemplaren überwiegend Einrollungsformen von teilweisen Einrollungen bis zu sehr stark eingerollten Formen (Taf. III, Fig. 1 b bis f). Verteilung einzeln liegend, diffus verteilt, aber ungleichmässig, indem der eine Bogen der geschnittenen Hirnwindung die Spirochäten enthält, der andere Bogen fast frei ist. Beziehung zu Gewebelementen: Meist ohne erkennbare Beziehung zu zelligen Gewebelementen im Gehirngewebe, einige liegen in der Gefässwand von Kapillaren und deren näheren Umgebung, keine in der Wand oder Umgebung grösserer Gefässe. Vordere Zentralwindung: Spärliche Spirochäten (1 in 3—4 Gesichtsfeldern) in der 3. Rindenschicht ohne erkennbare Beziehungen zu Gewebelementen, gleichmässig verteilt. Hintere Zentralwindung: In Pia, 1. Rindenschicht und Mark keine Spirochäten, mässig reichliche (2—4 im Gesichtsfeld) Exemplare in den tieferen Zweidritteln der 3. Schicht, einzeln liegend, diffus gleichmässig verteilt, ohne erkennbare Beziehungen zu Gewebelementen. Unter den Formen neben einigen typischen sehr langen Exemplaren überwiegend eingerollte usw. veränderte Formen bis zu sehr stark eingerollten.

Fall 9. Peter B., geb. 1890, Laufbursche. Eltern gesund, Lues negiert, 7 Geschwister gesund, 2 Geschwister tot mit 2 und 4 Monaten, 1 Zwillingsgeschwisterpaar tot geboren. Patient selbst hatte Rachitis und lernte erst mit 4 Jahren laufen, lernte in der Schule gut, dann Fortbildungsschule, erhielt ein

Diplom. War immer schwächlich. 22. 2. 1908 in psychiatrische Klinik Cöln aufgenommen, nachdem er 3 Monate allmählich verändert war, teilnahmslos, weinte grundlos, unbeholfener Gang. 11. 3. in Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn aufgenommen.

Befund: Körperlich zurückgeblieben, Habitus eines 14—15jährigen Jungen. Pupillen different, lichtstarr, grobe Wellenbewegungen der unbehilflichen Zunge, Hypalgesie der Beine, ataktischer Gang, Steigerung der Patellarreflexe, starke Sprachstörung, Mitbewegung der Gesichtsmuskulatur. Sehr starke Demenz, blöde Euphorie.

Verlauf: Lebt blöde, abwechselnd weinerlich und reizbar. August 1908 Blindheit (Optikusatrophie), Sprache wird unverständlicher, aus vereinzelten verständlichen Worten gehen Grössenideen hervor (grosse Reisen auf Motorrad) oder Angst (sieht wilde Füchse). 1909 ganz verblödet, hilfsbedürftig, unverständlich, lallend. 1911 rapider körperlicher Verfall und Tod. Am 10. 1. 21 $\frac{1}{2}$ h. a. m.

Sektion: 7 $\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Tode. Hirngewicht 1027 g. Gefässe der Basis und Fossa Sylvii zartwandig, Optikusatrophie beiderseits. Pia fast über dem ganzen Gehirn getrübt, über dem Frontalhirn stark sulzig verdickt und stark getrübt, im Zusammenhang ohne Rindenschädigung abziehbar. Hirnwindungen überall schmal, im Frontalhirn sehr schmal. Seitenventrikel stark erweitert, Ependym glatt. Ependym des 4. Ventrikels granuliert.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial; Toluidinblaufärbung nach Nissl. Vorhanden sind 4 unbezeichnete Rindenteile, von denen Nr. 1 als aus der Frontalgegend, Nr. 2 aus der Zentralgegend, Nr. 3 aus der Parietal- oder Okzipitalgegend, Nr. 4 aus der Okzipitalgegend (Calcarina) stammend erkennbar sind. Nr. 1: Sehr starke Verdickung der Pia, meist aus lookerem Bindegewebe mit Abräumzellen und Pigment bestehend; an dem der Hirnoberfläche zugekehrten Blatt der Pia eine verschieden dicke Schicht von Infiltrationszellen, teils Plasmazellen, teils Lymphozyten. Pia vom Gehirn gut abgesetzt. Gehirnoberfläche glatt, sehr starker kernfreier Rindensaum, starke Störung der Rindenarchitektur durch Gefässvermehrung und Zellausfälle, die fleckweise sehr verschieden stark sind. Die Gefässe sind z. T. mit massiven Zellhaufen infiltriert, in denen Plasmazellen überwiegen, dabei viel Pigment. Stellenweise starke Wucherung der Endothelzellen, Neubildung von Gefässen, zahlreiche Stäbchenzellen. Die Ganglienzellen zeigen allgemein das Bild der wabigen und chronischen Zellerkrankung in hohem Grade. Gliakerne meist ruhend, viele von feinen Pigmentkörnchen umgeben, einzelne stark vergrössert, von Stippchen oder einem mässig dichten Protoplasmaleib umgeben. Keine Neuronophagie, keine Trabanzellenvermehrung. Auch im Mark viele Gefässe mit Plasmazellen infiltriert und mit viel Pigment. Nr. 2: Pia: Wie bei Nr. 1. Gehirn: Kernfreier Rindensaum, Gefässvermehrung, Infiltration, Endothelwucherung, Ganglienzellerkrankung gleicher Art wie bei Nr. 1, aber wesentlich stärker, fleckweise sehr verschieden stark. An einzelnen Rindengefässen durchsetzt die Infiltration die ganze Gefässwand. Einzelne submiliare Gummien. Nr. 3: Pia sehr wenig verdickt, Veränderungen an Art wie bei Nr. 1, an Stärke geringer. Nr. 4: Wie bei Nr. 3, nur ist die Ganglienzellerkrankung gering.

Formolmaterial: Spirochätendarstellung nach Jahnke. 1. Frontalwindung rechts: In Pia, 1. Rindenschnitt und Mark keine Spirochäten, in der übrigen Rinde an einigen Stellen mehrere einzeln liegende Spirochäten ohne erkennbare Beziehungen zu zelligen Gewebselementen, von sehr verschiedenen, meist stark eingerollten, teilweise gestreckten Formen (Taf. III, Fig. 1 g, h). Gyrus rectus rechts: Bei sehr langem Suchen findet sich hier und da eine ganz vereinzelte Spirochäte in der Hirnrinde. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: In Pia, 1. Rindenschicht und Mark keine Spirochäten; in der übrigen Rinde zahlreiche Spirochäten, in der Tiefe der 3. und in der 5. Schicht stellenweise ungeheuer zahlreiche (100 im Gesichtsfeld). Die Formen sind meist typisch, sehr lange Exemplare, einzelne zeigen teilweise Streckungen, Verschlingungen, Einrollungen des Leibes. Sie sind diffus verteilt, meist einzeln, hier und da in kleinen Zöpfen von 3–8 Exemplaren zusammen liegend. Ihre Menge zeigt, ausser der erwähnten flächenhaften Vermehrung in den tiefen Ganglienzellschichten, noch deutliche fleckweise Unterschiede in der ganzen Rinde. Beziehungen zu den zelligen Gewebselementen sind bei den meisten Spirochäten nicht festzustellen. Um Ganglienzellen ist eine stark vermehrte Anhäufung deutlich (Taf. III, Fig. 6 u. 7); Eindringen in Ganglienzellen fehlt. Ganz vereinzelte Spirochäten liegen in der Wand oder den Infiltrationen von Gefässen; ohne dass Beziehungen zu den Zellen erkennbar sind; noch vereinzeltere sind als in Gliazellen liegend erkennbar. Kleinhirnrinde: An einer sich über mehrere Immersionsgesichtsfelder erstreckenden Stelle spärliche Spirochäten in der Molekularschicht (Taf. IV, Fig. 8). Medulla oblongata: (Stück mit Boden des 4. Ventrikels und Olive). Keine Spirochäten. Spinalganglion aus Lendengegend: Keine Spirochäten.

Fall 10. Max G., geb. 10. 6. 1880, Buchdrucker. 1907 Schanker, mehrfach energische Hg- und Salvarsanbehandlung. September 1915 plötzlich Sprachverlust, 3 Tage bewusstlos, dann Verständigung durch Zeichen, langsam Wiederkehr der Sprache, danach wieder Behandlung mit Hg und Salvarsan. Oktober 1916 Schlaganfall und Krämpfe, Dezember 1916 und später Krampfanfälle. 27. 2. 17 Aufnahme in psychiatrische Klinik Köln, 23. 3. in Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn.

Befund: Pupillen lichtstarr, eng, verzogen, Patellar-Achillessehnenreflexe fehlen, Sensibilitätsstörungen an den Beinen, Romberg, paralytische Sprachstörung. Wassermann in Blut und Liquor positiv, Nonne positiv, Zellvermehrung. Depressiert, Wahnideen (erwerde geblendet), Merkfähigkeit gestört.

Verlauf: Nahrungsverweigerung infolge Vergiftungsideoen, Negativismus. Vom Mai 1917 an paralytische Anfälle. Vom 9. 7. 17 an täglich Anfälle, zum Teil stundenlange Körperzuckungen. 16. 7. i. h. a. m. Tod.

Sektion: 9 Stunden nach dem Tode. Pachymeningitis haemorrhagica interna beiderseits an Konvexität und Basis. Leptomeningitis chronica der Konvexität geringen Grades, geringe Erweiterung des Seitenventrikels, Ependymitis granularis des 4. Ventrikels. Hirngewicht 1560 g.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial, Toluidinblaufärbung nach Nissl. 1. Frontalwindung links: Pia mässig verdickt durch Infiltrationszellen, von Gehirnoberfläche gut abgesetzt. Gehirnoberfläche sehr stark grobwellig, sehr geringe kernarme Deckschicht. Starke Störung der Rindenarchitektonik durch Nervenzellausfälle und starke Gefässvermehrung. Gefässe diffus mit Plasmazellen infiltriert, keine dicken Infiltrationshaufen. Verbreitete Wucherungserscheinungen an Endothelzellen und Gefässaussprossungen. Wenige Stäbchenzellen. Ganglienzellen durchgehend stark verändert: Kernkörperchen gross, oft randständig, Kern klein, oft eckig, dunkelhomogen gefärbt, Kernmembran wird meist vermisst, um Kern oft Lichtung, färbbare Substanz als dicht aneinanderliegende diffus verteilte Körnchen verändert, Rand der Zelle wie angenagt, oft nicht abgrenzbar, Fortsätze weit gefärbt, z. T. geschlängelt. Verschwinden von Zellen, um einige Zellen perizelluläre Inkrustationen. (Zellerkrankung des körnigen Zerfalls.) Keine Trabantzellvermehrung, keine Neurophagie. Glia vermehrt, meist regressiv oder amöboid verändert. Vordere und hintere Zentralwindung, Gyrus rectus, 1. Temporalwindung und Okzipitalhirn (Calcarina und Umgebung) links zeigen gleiche Veränderungen wie die 1. Frontalwindung.

Formolmaterial: Spirochätendarstellung nach Jahnel. Gyrus rectus, hintere Zentralwindung, 1. Frontalwindung, 1. Temporalwindung links: Keine Spirochäten. Vordere Zentralwindung links: Einzelne Spirochäten in der Tiefe der Rinde. Okzipitalhirn (Calcarina) links: Ganz vereinzelte Spirochäten.

Fall 11. Jakob D., geb. 8. 6. 1864, Fabrikarbeiter. Seit Juli 1916 Gedächtnisschwäche, damals mehrfach nach Schlaganfällen rechtsseitige Lähmung, Sprachverlust. 27. 12. in die psychiatrische Klinik Köln, 5. 1. 1917 in die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn aufgenommen.

Befund: Pupillen links queroval verzogen, beide lichtstarr, Patellar-Achillessehnenreflexe fehlen, Romberg, ataktischer Gang, Sensibilitätsstörung, sehr starke paralytische Sprachstörung, fibrilläre Zuckungen der Gesichtsmuskulatur. Grosse geistige Stumpfheit und Demenz.

Verlauf: Mai 1917 plötzliche Veränderung, sieht verfallen aus, ist hin-fällig, sorgt nicht mehr für sich, Ischuria paradoxa, nach 3—4 Tagen Erholung, ist aber geistig und körperlich mehr zurückgegangen. Wird immer hilfloser, die Sprache fast unverständlich, dauernde fibrilläre Zuckungen der Gesichtsmuskulatur. Tageweise auffälliger Wechsel im Zustand. 30. 10. 1917. 4 $\frac{1}{4}$ h. p. m. Tod.

Sektion: 2 Stunden nach dem Tode. Gefässe der Basis und Fossa Sylvii zeigen an einzelnen Stellen weissliche Verhärtungen und Verdickungen der Wand. Pia über der ganzen Konvexität etwas verdickt und getrübt. Granulation des 4. Ventrikels. Keine wesentliche Verschmälerung der Hirnwindungen. Graue Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial. Toluidinblaufärbung nach Nissl: 1. Frontalwindung rechts: Geringe Ver-

dickung der Pia, meist aus Abraumzellen bestehen, nur wenige Lymphozyten und Plasmazellen. Pia von Rinde gut abgesetzt. Gehirnoberfläche stellenweise grobwellig. Erheblicher, stellenweise sehr erheblicher kernarmer Rindensaum. Rindenarchitektonik im allgemeinen sehr gut erhalten, nur an einzelnen Flecken gestört. Keine wesentliche Gefässvermehrung, diffuse Infiltration der Gefässe meist mit Plasmazellen, keine wesentliche Endothelwucherung. Mässig zahlreiche Stäbchenzellen. Ganglienzellen diffus im Sinne der chronischen Erkrankung verändert in verschieden vorgeschrittenen Stadien. Vermehrung der Trabanzellen, mässige Stadien der Neuronophagie. Gliakerne in überwiegender Zahl klein und pyknotisch, von kleinen Pigmentkörnchen und kleinen hellmetachromatischen Körnchen umgeben; eine gewisse Zahl Gliakerne gross, hell, von Stippen oder einem deutlichen massiven Protoplasmaleib umgeben, vereinzelt kleine Rasengebilde. Die progressiven Gliaveränderungen sind fleckweise stärker. Gyrus rectus rechts: Die Infiltration von Pia und Rindengefässen und die progressiven Gliaveränderungen sind stärker, der übrige Befund ebenso wie in der 1. Frontalwindung. Vordere und hintere Zentralwindung, 1. Temporalwindung, Okzipitalwindung (Calcarina) wie Gyrus rectus.

Formolmaterial: Spirochätendarstellung nach Jähnel. 1. Frontalwindung rechts: in Pia, Mark und 1. Rindenschicht keine Spirochäten. In der Tiefe der 3. Rindenschicht und den tieferen Schichten ziemlich zahlreiche Spirochäten (5–15 im Gesichtsfeld), meist sehr lange typische Exemplare, einzelne Einrollungsformen, diffus verteilt, nicht gleichmässig, sondern in grösseren Bezirken verschieden viel; einzeln liegend, ohne erkennbare Beziehungen zu zelligen Gewebselementen. Gyrus rectus rechts: Im Bulbus olfactorius, Pia, Mark und 1. Rindenschicht keine Spirochäten. Auf einer Seite der Hirnwindung von der 2. Rindenschicht bis zum Mark ungeheuer zahlreiche Spirochäten (weit über 100 im Gesichtsfeld), meist von typischer langer Form, diffus gleichmässig im Gewebe verteilt, einzeln liegend, ohne erkennbare Beziehungen zu Gefässen oder zelligen Gewebselementen. In der anderen Seite der Hirnwindung keine Spirochäten. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: fleckweise reichliche Spirochäten, die in der hinteren Zentralwindung um Ganglienzellen büschelartig angehäuft sind, andere Stellen sind spirochätenfrei. 1. Temporalwindung wie 1. Frontalwindung. Okzipitalhirn (Calcarina und Umgebung): in der Rinde spärliche Spirochäten, teils einzeln liegend, teils in kleinen Büscheln Gefässen anliegend. Lendenmark und ein Spinalganglion aus der Lendengegend: keine Spirochäten.

Fall 12. Peter Q., geb. 27. 2. 1863, Packer. Vor 20 Jahren im Anschluss an Bewusstlosigkeit mit Krämpfen Verwirrheitszustand. Seit 4 Jahren kränklich, öfter Schwindel und geistiger Verfall. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr Sprachstörung, Reizbarkeit, erregte Stimmung, in letzter Zeit Grössenideen. Am 3. 9. 1910 in die psychiatrische Klinik Köln aufgenommen. Pupillen ungleich, lichtstarr, Patellarreflexe schwer auslösbar, Sprachstörung. Wassermann positiv. Zuerst völlig verwirrt, schwachbesinnlich, zuweilen erregt, aggressiv, zuweilen klar geordnet. Am 21. 11. in Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn übergeführt.

Befund: Pupillen rund, gleich weit, prompte Reaktion auf Licht und Konvergenz. Patellar-Achillessehnenreflexe gut auslösbar, kein Romberg. Keine Ataxie, keine Sensibilitätsstörungen, keine Sprachstörungen. Aortenklappenfehler. Merkfähigkeit gut, keine Demenz, gibt Gedächtnisschwäche zu, in Kölner Klinik habe er phantasiert und Wahnideen gehabt, er habe wohl eine Gehirnerschütterung durchgemacht.

Verlauf: Geistig geordnet, attent, keine Urteilsschwäche. Beeinträchtigung der Lichtreaktion und Sprachstörung tritt zeitweilig in Beobachtung und wird zeitweilig vermisst. Wassermann im Blut und Liquor positiv. Nonne positiv, starke Lymphozytose. 2. 5. 1911 entlassen, 15. 1. 1912 wieder aufgenommen. Starke Gewichtszunahme. Pupillen ungleich, beeinträchtigte Lichtreaktion, stärkere Sprachstörung, Andeutung von Strabismus, will vor kurzem doppelt gesehen haben.

Weiterer Verlauf: Unzufrieden, Grössenideen, halluziniert, ablehnend. Jahrelang ablehnend unter dem Einfluss der Halluzinationen, geht von Herbst 1914 an körperlich und geistig zurück, verblödet im Verlauf von 1915 und stirbt ohne besondere Erscheinungen am 22. 12. 1915.

Sektion: 22. 12. 1915. Gefässe der Basis und Fossa Sylvii zartwandig. Pia über dem Frontal- und Zentralhirn etwas getrübt, nicht wesentlich verdickt. Hirnwindungen nicht deutlich verschmälert. Seitenventrikel erweitert. Ependym glatt. Ependym des vierten Ventrikels stark granuliert. In der linken Lunge bronchopneumonische Herde und Hepatisation des Lungengewebes. Rechte Pleurahöhle: eitrig fibrinöses Exsudat. Das Herz ist etwas vergrössert, Aortenklappen stark verdickt.

Histologische Untersuchung: Nur Formolmaterial vorhanden. Färbung mit Kresylviolett: 1. Frontalwindung rechts: Pia kaum verdickt, nur vereinzelte Infiltrationszellen, viel Pigment. Rindenoberfläche grobwellig, erhebliche kernarme Deckschicht, Rindenarchitektonik gut erhalten, mit schwacher Vergrösserung keine Infiltration und keine Gefässvermehrung zu sehen, mit Immersionsvergrösserung findet sich spärliche Plasmazelleninfiltration, keine Endothelschwellung; fleckweise viele Stäbchenzellen, Gliakernvermehrung und Neubildung feiner Gefässe. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: Pia stärker verdickt, Rindengefässe stärker infiltriert als in 1. Frontalwindung. Fleckweise Ganglienzellausfälle, einige dieser Flecke sind zellreich durch grosse Mengen Gliazellen. Spirochätendarstellung nach Jahnelt: 1. Frontalwindung rechts: In der Hirnrinde diffus verbreitet spärlich einzelne, fleckweise zahlreiche Spirochäten, von denen die Mehrzahl ohne erkennbare Beziehungen zu zelligen Gewebeelementen, ein Teil den Ganglienzellen angelagert, einige in Gefässwandungen und einige offenbar in Gliazellen liegen. Vordere Zentralwindung rechts: an einer kleinen Stelle des Blocks (ca. 4—6 Gesichtsfelder) Spirochäten in der Tiefe der 3. Schicht, mit ausgesprochener Anhäufung um Ganglienzellen. Die übrige Rinde ohne Spirochäten. Hintere Zentralwindung rechts: „bienenschwarmartige“ Anhäufungen von Spirochäten in einem begrenzten Teil des Blockes. Diese Schwärme sind schon bei schwacher Vergrösserung als feinmaschige schwarze Flecke erkennbar

(Tafel IV, Fig. 10). Sie bestehen aus zahllosen, eng zusammenliegenden Spirochäten im oberen Teil der 3. Schicht; ein Teil der Spirochäten ist auffällig gestreckt. Beziehungen zu Gefässen sind nicht festzustellen, Ganglienzellen, Gliazellen, kleine Gefässe sind von dem Schwarmhaufen umschlossen, insbesondere die Ganglienzellen (Tafel IV, Fig. 12 u. 13). In der Nähe der Schwärme einzelne Spirochäten im Gewebe mit Bevorzugung der Anlagerung an Ganglienzellen und mit einer zur Oberfläche der Rinde senkrechten Stellung, offenbar Nervenfasern folgend. Schwärme haben eine Grösse vom Umfang eines Immersions Gesichtsfeldes bis zu ganz kleinen, die den Uebergang zur einzelnen Lagerung darstellen. Die Rinde ausserhalb des kleinen Gebietes, in dem die Schwärme liegen, ist spirochätenfrei.

Fall 13. Joseph T., geb. 17. 4. 1881, Maschinist. Ein Bruder des Vaters geisteskrank, ein Kind Idiot gestorben. Er selbst lebt immer für sich. Im November 1915 fing er an viel zu schimpfen, versetzte alles, zerschlug Sachen, starke Unruhe, dumme Streiche, gehobene oder weinerliche Stimmung. 17. 12. 1915 zur Prov.-Heil- und Pflgeanstalt Bonn.

Befund: Pupillen links weiter als rechts, linke reagiert prompt, rechte sehr langsam und wenig auf Licht, Konvergenz und Akkommodation. Patellar-Achillessehnenreflexe sehr schwach. Zungentremor. Analgesie an der unteren Extremität. Sprachstörung bei Paradigmaten. Geordnet, orientiert.

Verlauf: Ruhig, fleissig, freundlich, keine Sprachstörung mehr nachweisbar. Am 6. 2. 1916 entlassen, gebessert (Dementia praecox?). Am 21. 3. wieder aufgenommen, versetzte und verkaufte alles. Deutliche Sprachstörung, geht zur Arbeit, geordnet. Wird im Laufe des Jahres stumpfer. 1917 geht er körperlich zurück, wird weinerlich, starke Sprachstörung, wird ganz stumpf und körperlich elend und stirbt am 24. 6. 8 $\frac{1}{4}$ h. p. m.

Sektion $\frac{3}{4}$ Stunden nach dem Tode: Hirngewicht 1100 g. Hydrocephalus externus und internus. Leptomeningitis mässigen Grades über der ganzen Konvexität ausser über dem Okzipitalhirn, ganz geringe Atrophie der frontalen Hirnwindungen. Ependymitis granularis des 4. Ventrikels. Keine Veränderung der basalen Gefässe.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial, Färbung mit Toluidinblau nach Nissl: 1. Frontalwindung rechts: Pia ziemlich verdickt durch sehr grosse Mengen von Infiltrationszellen, besonders Plasmazellen, von der Hirnrinde gut abgesetzt. Hirnoberfläche sehr stark grobwellig; allgemeine starke, stellenweise sehr starke, kernarme Deckschicht. Rindenarchitektonik stark gestört, fleckweise sehr stark gestört durch reichliche Vermehrung und sehr starke Infiltration von Gefässen und durch Nervenzellausfälle. Die Ganglienzellen fallen schon bei schwacher Vergrösserung als blass auf mit sehr deutlichem Kernkörperchen, besonders in der Tiefe der dritten und in den tieferen Rindenschichten. Grössere und kleinste Rindengefässe sind diffus mit Plasmazellen infiltriert, einige mit dicken Infiltrationszellhaufen und Pigment. Sehr verbreitete und starke Endothelwucherung, zum Teil polsterartig, starke Gefässvermehrung durch Sprossbildung, wenige Stäbchenzellen. Gan-

glienzellen allgemein in einer dem Nervenzellschwund ähnlichen Form in verschiedenen Stadien verändert; Kernkörperchen sehr gross, zum Teil vakuolig, Kern sehr gross, sehr hell ohne Gerüst mit nur einzelnen Pünktchen, sehr dünne Kernmembran, keine Membranfalte. Färbare Substanzen des Zelleibes nur im Basalteil der Zelle als krümelige Masse und in den weitgefärbten Dendriten des basalen Zellteils und im Achsenzylinder als wabige Struktur; Form der Zelle basal wenig verändert, spitzwärts vom Kern allgemeine Aufhellung und Verschwinden der Zelle bis zur völligen Unabgrenzbarkeit. Keine Trabantenzellenvermehrung, hie und da Eindringen eines Gliakernes in die Zelle, aber keine allgemeine Neuronophagie. Glia stark gewuchert, überall überwiegen unter den Gliakernen grosse helle Exemplare mit mehreren dicht der Membran angelegten basischen Körperchen, um fast alle diese Kerne Stippchen oder helle Protoplasmaleiber, zum Teil Rasenbildung. Die Veränderung ist fleckweise verschieden stark. Vordere und hintere Zentralwindung rechts gleicht der 1. Frontalwindung. Kleinhirn rechts: ganz geringe Infiltration der Pia, keine Veränderung im Kleinhirn.

Formolmaterial. Spirochätendarstellung nach Jahnke. 1. Frontalwindung rechts: in Pia, Mark und erster Rindenschicht keine Spirochäten. In der übrigen Rinde ganz ungeheure Mengen von Spirochäten (weit über 100 im Gesichtsfeld), ziemlich gleichmässig verteilt, nur geringe fleckweise Unterschiede. Neben vielen langen typischen Exemplaren finden sich sehr viele, ganz kurze und teilweise eingerollte. Viele Spirochäten liegen in den Gefässwänden teils einzeln, teils in Büscheln (Tafel III, Fig. 10, Tafel IV, Fig. 1 bis 5), keine Spirochäten in den Infiltrationszellhaufen. Bei weitem die Mehrzahl der Spirochäten liegt diffus im Gehirngewebe fern von den Gefässen, keine stärkere Anhäufung um Gefässe. Beziehungen zu zelligen Gewebelementen nicht erkennbar. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: spärlicher als in Frontalwindung, aber immer noch sehr reichliche Spirochäten in der ganzen Rinde, vereinzelt auch in der 1. Rindenschicht. Einige Exemplare scheinen hier in einer Gliazelle zu liegen. Sonst wie Frontalwindung. Kleinhirn rechts: keine Spirochäten.

Fall 14. Hermann S., geb. 7. 12. 1867, Viehhändler. Am 29. 6. 1911 in psych. Klinik Köln, am 29. 7. in Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn aufgenommen, nachdem er seit längerer Zeit sehr erregt und streitsüchtig, unsinnige Einkäufe machte, seinem Geschäft nicht nachgehen konnte. Pupillen lichtstarr, Sprachstörung, Zunge weicht nach links ab, Patellarreflexe gesteigert, allgemeine Hypalgesie, expansive gehobene Stimmung. Rededrang, verkennt Umgebung, ideenflüchtiges Geschwätz, Grössenideen kaufmännischer Färbung und sexueller Art, bleibt dauernd manisch erregt, verwirrt. Februar 1912 vier paralytische Anfälle, danach linksseitige Abduzensparese. Juni 5 paralytische Anfälle, ohne Folgen, seitdem hie und da paralytische Anfälle. Seit Januar 1913 häufige Anfälle. Im Januar 8, im Februar 2, dabei dauernd erregt und voll verwirrter Wahnideen. Vom 9. April an fast täglich Anfälle. Am 20. 4. 76 Anfälle. Am 21. 4. 254 Anfälle. Am 22. 4. 104 Anfälle. Am 23. 4.

44 Anfälle. Ist seit 20. 4. benommen, schlaffe Lähmung der ganzen linken Körperseite, die Augen weichen zusammen nach rechts ab. Die Anfälle beginnen in der linken Körperseite und erstrecken sich hauptsächlich auf die linke, gehen nur vereinzelt nach rechts über; Arm, Bein und Gesichtsmuskulatur zucken, die Augen werden beim Anfall nach links gedreht. Babinski bei und nach manchen Anfällen vorhanden, Mendel, Oppenheim dauernd negativ. Seit 22. 4. schluckt der Patient nicht mehr. Stirbt am 24. 4. 9 h. a. m.

Sektion $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Tode. Pia über der ganzen Konvexität von Fissura parietooccipitalis nach vorn stark getrübt, etwas verdickt, rechts erheblich dicker als links. Gefässe der Basis enthalten nur einige verdickte verhärtete Wandstellen. Pia nur mit Substanzverlust abziehbar. Seitenventrikel rechts etwas weiter als links; Wand nicht granuliert, ebenso nicht 3. Ventrikel. 4. Ventrikel deutlich granuliert. Nach Abzug der Pia frontale Gyri mässig verschmälert. Pia und Rinde der Zentralwindungen zeigen rechts keine Unterschiede gegen links. Stammganglien und innere Kapsel rechts gleich links. Im Durchschnitt der Brücke und Medulla unterhalb der Olivengegend kein Unterschied von rechts und links. Der rechte Gyrus rectus und die beiden benachbarten Hirnwindungen sind $\frac{1}{2}$ bis $\frac{1}{3}$ schmaler als die der linken Seite. Hirngewicht 1250 g.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial, Toluidinblaufärbung nach Nissl. 1. Frontalwindung rechts: Die Pia ist stark verdickt und stark infiltriert; an einigen Gefässen durchsetzt die Infiltration nach innen zu die Gefässwand; an einigen Stellen ist die Pia mit der Hirnoberfläche verlötet. Hirnoberfläche stark wellig. Stellenweise kernfreie, stellenweise sehr kernreiche Deckschicht. Die Hirnrindenarchitektonik ist stark gestört, die Rinde zellreich. Starke Infiltration der Gefässe, meist mit Plasmazellen, deren Kerne zum Teil gross, wie gequollen sind. Mässige Gefässvermehrung, keine wesentlichen Wucherungserscheinungen am Endothel; viel gelbes Pigment in den Gefässwänden; wenig Stäbchenzellen sehr langer Form. Ganglienzellen zum Teil wenig verändert, einige wabig verändert, zum grösseren Teil aber im Zustand des „Zellschwundes“ in verschiedenen Stadien: Der Kern erscheint vergrössert, die gefärbten Teile des Kerninnern sind unscharf gezeichnet, krümelig. Kernkörperchen weist Vakuolen auf, Kernmembran dünn, nur selten Membranfaltung zu sehen, im Zelleib krümelig körnige zum Teil netzartige Anordnung intensiv gefärbter Substanz, teils dicht am Kern, teils von diesem durch schwach gefärbte Substanz abgesetzt, kaum ungefärbte Bahnen im Zelleib. Zellfortsätze nur auf kurze Strecken blass gefärbt. Keine Trabantenzellenvermehrung, vereinzelte Bilder mässiger Neuronophagie. Glia sehr stark progressiv verändert: Sehr grosse Kerne verschiedener zum Teil gelappter Form, einige mit mehreren basisch gefärbten Polkörperchen, sehr reichliches Gliaprotoplasma, zum Teil als Stippchen, zum Teil als massiv verzweigtes Protoplasma der gemästeten Gliazellen, letztere besonders zahlreich in der 1. Rindenschicht und im subkortikalen Mark, das eine so starke Vermehrung der Gliazellen aufweist, dass das subkortikale Mark bei schwacher Vergrösserung dunkler erscheint als der innere Teil des Marks der Windungen. Die Ver-

änderung ist allgemein und gleichmässig. Vordere und hintere Zentralwindung rechts: Die Veränderung am Gefässapparat und dem nervösen Gewebe gleicht in der Art der Veränderung der in der Frontalwindung, ist aber von beträchtlich geringerem Grad. Gyrus rectus rechts und benachbarte Windungen: Pia verschieden stark verdickt und infiltriert, an einzelnen Stellen mit der Hirnrinde verlötet. Die Verschmälerung der Windungen erweist sich als vorzugsweise durch eine starke Verschmälerung des Marklagers verursacht. Im Marklager sieht bei schwacher Vergrösserung das subkortikale Mark wesentlich dunkler aus als das tiefe Marklager (durch Reichtum an Gliazellen). Auch die Rinde ist stark, stellenweise verschieden stark verschmälert. Die Oberfläche des Gehirns ist grobwellig mit tiefen Einziehungen. Die kernfreie Deckschicht ist verschieden stark, gerade über den atrophischen Stellen oft nicht verdickt. Die Hirnrinde ist im ganzen sehr arm an Nervenzellen, aber reich an Gefässen und Gliazellen (Taf. V, Fig. 3 u. 4). Die Gefässe sind nur mässig infiltriert, meist Lymphozyten, weniger Plasmazellen, vereinzelt Mastzellen, keine Abräumzellen, von den Plasmazellen zeigen einige regressive Veränderungen. Die Gefässwandkerne sind an einigen Gefässen vermehrt, sie sind teils klein und dunkel, teils etwas geschwellt; keine allgemeinere Endothelproliferation, kein Pigment in den Gefässwänden. Starke Vermehrung kleiner Gefässe, viele Stäbchenzellen. Die Ganglienzellen zeigen teils Veränderungen im Sinne der chronischen und wabigen Veränderung, teils Bilder des Nervenzellschwundes, wie in der 1. Frontalwindung, meist aber das Bild der „schweren Zellerkrankung“: Kern klein, dunkel gleichartig metachromatisch gefärbt, Kernmembran sehr deutlich, Kernkörperchen klein, wandwärts gerückt, Zerfall der Zelleibsubstanz in Körnchen, die Fortsätze verschwinden, die Zelle wird klein, ein homogener abgerundeter Haufen (Taf. V, Fig. 5), sie verschwindet, allerlei Zellreste geben dem Gewebsgrund ein verunreinigtes Aussehen. Einige Ganglienzellen zeigen an der Basis ballonartige homogene Anhänge. Die Gliazellen sind an Zahl stark vermehrt, nur wenige sind progressiv verändert im Sinne der gemästeten Gliazellen, die Mehrzahl zeigt kleinen, pyknotischen oder homogenen blassen Kern und Spuren von dicht anliegenden nicht verzweigten Protoplasmateilen oder einigen hellen Pigmentkörnchen. Keine Neuronophagie, keine Trabanzellvermehrung. Im subkortikalen Mark starke Vermehrung von Gliazellen, teils als gemästete, teils als regressiv veränderte. Die Gefässe des Marks sind nicht vermehrt, ihr Endothel nirgends in Proliferation, in ihren Scheiden viele Abräumzellen, wenig Pigment, einzelne Infiltrationszellen.

Formolmaterial: Fettfärbung mit Scharlachrot. 1. Frontalwindung rechts: In der 1. Rindenschicht dicht unter der Rindenoberfläche enthalten eine grosse Anzahl von Gliazellen ganz ausserordentliche Mengen mittelgrosser Fetttropfen. In der ganzen Rinde enthalten sehr viele Ganglien- und Gliazellen — ungefähr dem Vorkommen der wabigen Veränderung im Zellbild entsprechend — grosse Haufen meist einseitig gelagerter feinsten Fetttropfchen. Im ganzen Mark finden sich ausserordentlich viel mittelgrosse bis sehr grosse Fetttropfen, die teils um Kerne gelagert als zu Zellen gehörig erkennbar sind, teils frei im Gewebe zu liegen scheinen, um manche Gefässe ist die Menge des Fettes ausser-

ordentlich vermehrt. In den Gefässcheiden der Rinde findet sich kein Fett, in denen des Marks verschiedentlich viel. Die Gefässwandzellen sind fettfrei. Gyrus rectus rechts: Die Ganglienzellen enthalten allgemein etwas mehr Fettkörner als die der Frontalwindung, die Gliazellen der Rinde sozusagen gar kein Fett, ebenso nicht die Gefässcheiden und Gefässwandzellen der Rinde. Im subkortikalen Mark finden sich mässige Mengen Fetttropfen in Gliazellen, mehr als in der Rinde aber wesentlich weniger als in der entsprechenden Schicht der 1. Frontalwindung, in einigen Gefässcheiden des subkortikalen Marks mehr Fett. Im tiefen Mark reichliche Mengen Fetttropfen, aber erheblich weniger als in der Frontalwindung. 1. Temporalwindung rechts: Rinde wie 1. Frontalwindung, Mark sehr wenig Fett.

Spirochätendarstellung nach Jahnelt: 1. Frontalwindung links: Vereinzelte Spirochäten. Vordere und hintere Zentralwindung links (mehrere Blöcke): Keine Spirochäten. 1. Frontalwindung rechts: Vereinzelte Spirochäten, mehr als links. Vordere und hintere Zentralwindung (mehrere Blöcke) und 1. Temporalwindung rechts: Keine Spirochäten. Gyrus rectus rechts und benachbarte Windungen: Ganz vereinzelte Spirochäten in der atrophischen und nichtatrophischen Rinde.

Fall 15. Friedrich B., geb. 17. 11. 1860, Kaufmann. Am 25. 11. 1912 in Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn aufgenommen, nachdem er sich seit 21. 5. wegen Paralyse in Privatanstalt befand.

Befund: Pupillen sehr eng, paradoxe Lichtreaktion (Erweiterung auf Belichtung) Beben der Mundmuskulatur, Patellarreflexe lebhaft, rechts stärker als links, Sprachstörung, grobsschlägiger Tremor, Sensibilitätsstörungen an den Beinen, Romberg. Aortenklappenfehler. Stimmung wechselnd von Gereiztheit und Euphorie, unsinnige Grössenideen, konfuser Rededrang, Störung der Auffassung und Merkfähigkeit. Im Verlauf stumpf und euphorisch, manchmal gereizt, ab und zu unrein, dauernd affektlose Grössenideen. Pupillenreaktion manchmal paradox, manchmal fehlend. 15. 4. 1913 Schwächezustand. 17. 4. dauernde Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur und linken Hand. Bewusstlosigkeit. Tod 17. 4. 1913, 9 h. p. m.

Sektion eine Stunde nach dem Tode: Gefässe an der Basis und der Fossa Sylvii stellenweise stark verdickt ohne Kalkeinlagerung. Leptomeningitis chronica über der Konvexität. Keine Erweiterung der Ventrikel, kein Hydrocephalus externus oder internus. Kolossale Granulation aller Ventrikelwände.

Der linke Gyrus rectus ist auf die Hälfte des rechten ver schmälert. Hirngewicht 1230 g.

Histologische Untersuchung: Alkoholmaterial, Färbung mit Toluidinblau nach Nissl: 1. Frontalwindung links: Pia stark verdickt, meist bindegewebig mit Einlagerung einzeln liegender Plasmazellen und Abräumzellen, dem Gehirn zugekehrt eine dichte Reihe von Plasmazellen. Gehirnoberfläche grobwellig, keine kernfreie Deckschicht. Hirnrindenarchitektonik stark gestört durch Zellreichtum, der verursacht wird durch ausserordentliche Gefässvermehrung und Gliavermehrung. Dicke Infiltrationsmäntel an etwas grösseren

Rindengefässen, diffuse Infiltration der Kapillaren mit Plasmazellen, nur geringe Wucherungserscheinung am Endothel, sehr starke Gefässvermehrung, zahlreiche Stäbchenzellen. Ganglienzellen allgemein verändert im Sinne der wabigen Veränderung in Verbindung mit Nervenzellschwund, keine Trabantzellenvermehrung, keine Neuronophagie. Glia der Rinde ganz allgemein stark progressiv verändert: Sehr grosse Kerne, zum Teil mit mehreren basischen Körperchen, Stippchen um die Kerne, Rasenbildung, nur wenige gemästete Gliazellen. Die Rindenveränderung ist diffus gleichmässig. Im Mark Infiltration vieler Gefässcheiden mit Infiltrationszellen und vielen Abräumzellen mit grünem Pigment. Starke Gliavermehrung im Mark besonders im subkortikalen Marklager mit zahlreichen gemästeten Gliazellen. Vordere und hintere Zentralwindung links: Die Veränderung gleicht in ihrer Art der in der 1. Frontalwindung, ist aber in ihrem Grad ganz erheblich geringer, sie ist fleckweise verschieden hochgradig. Gyrus rectus rechts: Die Veränderung gleicht in Art und Grad im allgemeinen der in der 1. Frontalwindung, ist aber hochgradiger; über weite Strecken findet sich „schwere Nervenzellerkrankung“. Im subkortikalen Mark noch stärkere Gliavermehrung als in 1. Frontalwindung. Stellenweise ist die Veränderung anderer Art: Es findet sich beträchtliche Endothelproliferation und einzelne Stellen von fleckweise abgegrenzter Ernährungsstörung im Gewebe: Verschwinden der Gliazellen, neben stark progressiven Gliakernen blassen die meisten Gliakerne ab, zahlreiche Abräumzellen frei im Gewebe (Taf. VI, Fig. 3). Gyrus rectus links: Rinde und Mark verschmälert, in der Rinde gleichmässige Verschmälerng aller Schichten, bei schwacher Vergrösserung sieht man keine bemerkenswerte Infiltration oder Gefässvermehrung (Taf. VI, Fig. 2). Bei starker Vergrösserung erscheint mässige Infiltration vieler kleinster Gefässe mit Plasmazellen, von denen einige degeneriert sind, keine allgemeine, an einzelnen Stellen aber beträchtliche Proliferationserscheinungen am Endothel, keine Gefässvermehrung. Wenige Stäbchenzellen. Allgemeine Ganglienzellveränderung: Grosse blasse strukturlose Kerne, meist mit wandwärts gerücktem kleinen Kernkörperchen, mit sehr deutlicher Membran und sehr deutlichen Faltungerscheinungen, teils wabige, teils feinkörnige Färbung des Zelleibs, ohne ungefärbte Bahnen, Leib der Zelle unscharf begrenzt, nicht vergrössert, Fortsätze nicht weit gefärbt, unscharf, bei einem Teil der Zellen blasst Kern und Leib ab bis zum Verschwinden (Taf. V, Fig. 6). Keine Neuronophagie. Keine Trabantzellvermehrung. Gliazellen der Rinde meist regressiv verändert: Kleine homogene blasse Kerne, viel pigmenthaltige. Im ganzen Mark sehr starke Gliavermehrung, wesentlich hochgradiger als im rechten Gyrus rectus, teils gemästete Gliazellen, teils regressiv veränderte.

Die Fig. 1 und 2 der Taf. VI zeigen im Uebersichtsbild den Vergleich der nicht verschmälerten aber stark infiltrierte Rinde des Gyrus rectus rechts mit der entsprechenden Stelle verschmälerte nicht wesentlich infiltrierte Rinde links.

Formolmaterial: Markscheidenfärbung nach Wolters: 1. Frontalwindung links: allgemeiner hochgradiger Schwund der tangentialen und supraradiären Fasern, starke Lichtung der intraradiären Fasern und der Radii, ausser-

dem*starker fleckweiser Fasernschwund in der Rinde. Vordere und hintere Zentralwindung und 1. Temporalwindung links: Kein bemerkenswerter allgemeiner, sehr geringer fleckweiser Fasernschwund. Spirochätendarstellung nach Jahnke. 1. Frontalwindung links: Keine Spirochäten in Pia, ersten Rindenschicht und Mark. In der übrigen Rinde zahlreiche Spirochäten (Taf. III, Fig. 2) in der 3. Rindenschicht sehr zahlreiche, stellenweise ausserordentlich zahlreiche (Taf. III, Fig. 3). Sie sind diffus verteilt, stellenweise mehr oder weniger zahlreich. Die Formen sind typisch, zahlreiche ausserordentlich lange Exemplare, einzelne Verschlingungen zu knospenartigen Formen. Beziehungen zu zelligen Gefässelementen sind im allgemeinen nicht vorhanden. Einige Spirochäten aber liegen in der Gefässwand oder der adventitiellen Scheide kleiner Gefässe, zum Teil deutlich in Zellen zusammengerollt, ob in Plasmazellen ist nicht zu entscheiden (Taf. III, Fig. 2 bei iz). Vereinzelte Spirochäten liegen in Gliazellen zum Teil lang ausgestreckt, von zelligen Fortsätzen der Gliazellen umgeben; um einige kleine Gefässe und einige Ganglienzellen besteht in der Umgebung eine reichliche Anhäufung von Spirochäten. Keine Spirochäten finden sich in den massigen Infiltrationen von Gefässcheiden, wo pigmentführende Abraumzellen erkennbar sind. Vordere und hintere Zentralwindung links: Fleckweise spärliche und fleckweise keine Spirochäten in der 3. Rindenschicht, diffus verteilt, typische Formen mit vereinzelter Verschlingungen und einzelnen Einrollungen, die wie in der 1. Frontalwindung zum Teil in zelligen Elementen liegen. Die grosse Mehrzahl ohne Beziehung zu zelligen Gewebeelementen. In der hinteren Zentralwindung mehr Spirochäten als in der vorderen. Gyrus rectus links (makroskopisch verschmälert) und Nachbarwindung (nicht verschmälert): Ganz vereinzelte Spirochäten diffus im Gewebe ohne Beziehung zu Gewebeelementen, kein Unterschied im Vorkommen bei den verschmälerten und nicht verschmälerten Rindenteilen.

Fall 16. Jakob H., geb. 1879. Keine Heredität, Lues 1904, Quecksilberkur. Krankheitsbeginn 1911: Aufgeregt, vergesslich, daher 11. 6. 1912 in die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg aufgenommen. Pupillen lichtstarr, Silbenstolpern, Kniesehnenreflexe gesteigert; dement, erregt, schneller Verfall. Gestorben 8. 10. 1912.

Sektion: Leptomeningitis chronica. Atrophia cerebri, Hydrocephalus internus, in Grosshirnrinde verstreut sehr zahlreiche kleine silberweisse Herde.

Mikroskopisch: Ueberall in Hirn und Rückenmark typischer Paralysebefund, am stärksten in Stirnhirnrinde. Herde: Hyalin-amyloide Veränderung.

Den Fall verdanke ich Herrn Dr. Witte in Bedburg, der ihn mir zum Studium der Spirochätenlagerung überlassen hat. Witte wird ihn anderweitig veröffentlichen.

Zur Spirochätenuntersuchung lagen mir 3 Gehirnstückchen vor. Der Befund ist in allen drei Stücken der gleiche.

Sehr starke Gefässvermehrung in der Hirnrinde, besonders von der 3. Rindenschicht nach der Tiefe. Die Gefässe sind teils zellig infiltriert, teils

sind ihre Wände durch eine homogene Substanz in dicke starre Rohre verwandelt, diese Substanz liegt an einzelnen Stellen auch ausserhalb der Gefässcheiden im Hirngewebe, teils sind die Gefässe bereits bei schwacher Vergrösserung eigentümlich schwarz verfärbt. Starke Vergrösserung zeigt, dass diese schwarze Färbung von der Anhäufung ungeheurer Spirochätenmengen herrührt.

Spirochäten liegen in der Hirnrinde diffus verteilt, fleckweise verschieden reichlich im Gewebe und finden sich auch da, wo an den Gefässen weder grosse Spirochätenanhäufungen noch Ablagerungen der fremden Substanz bestehen.

Die grosse Menge der Spirochäten steht in Beziehung zu Gefässen; sie liegen in allen Schichten der Gefässwand vom Endothel bis in die Umgebung des Gefässes hinein, einzelne Exemplare auch frei im Lumen von Gefässen (Taf. VII, Fig. 5).

Die Ablagerung der fremden Substanz ist teils mit Spirochäten vereinigt und zeigt dann besonders Bilder, wie die fremde Substanz in konzentrischen Ringen die Gefässwand durchsetzt, während zwischen diesen Ringen Schichten oder Inseln von Spirochäten liegen, teils findet sich die Ablagerung in Gefässwänden, ohne dass Spirochäten vorhanden sind.

Auch in den infiltrierten Zellmänteln der Gefässe ohne Substanzablagerung finden sich Spirochäten.

Alle genannten Befunde kommen nebeneinander im gleichen Gewebsschnitt vor, also:

Spirochäten diffus im Gewebe,

„ in der Gefässwand (Taf. VII, Fig. 2),

„ „ „ „ und in ungeheurer Menge in der Umgebung der Gefässe (Taf. VII, Fig. 1),

Ablagerung der fremden Substanz mit Spirochäten (Taf. VII, Fig. 3 u. 4),

„ „ „ „ ohne „ (Taf. VII, Fig. 6),

Uebersichtsbilder mit schwacher Vergrösserung (Taf. VI, Fig. 4—6).

Zusammenstellung der Befunde anderer Untersucher mit meinen Befunden.

Wie eingangs erwähnt sind die 16 mitgeteilten Fälle die positive Ausbeute der Untersuchung von 32 Paralytikergehirnen. Noguchi (69) hatte bei 24 von 200 Fällen, also in 25 pCt. positive Befunde, Moore (62) in 12 von 70 also 17 pCt., Forster und Tomaszewski (28) in 27 von 61 also 44 pCt., Levaditi, A. Marie und Bankowski (56) bei systematischer Absuchung von Hirnwindung im Anfall gestorbener Paralytiker 8 von 9 Fällen also 90 pCt. Marinesco (60) erwähnt den fast konstanten positiven Befund bei Dunkelfelduntersuchung. Jahnelt (51) schlieslich gibt an, dass er Spirochäten in Schnittpräparaten in ungefähr einem Viertel seiner Fälle, bei Unter-

suchung des frischen Gehirns im Dunkelfelde in über 50 pCt. gefunden habe, er hält höheren Prozentsatz positiver Befunde für durchaus möglich, warnt aber vor der Sucht in allen Fällen positive Befunde erheben zu wollen und würde derartigen Angaben kritisch gegenüber stehen.

Wenn ich in 50 pCt. meiner Fälle positiven Befund in den Schnittpräparaten hatte, so ist dieses ein hoher Prozentsatz, wenn man bedenkt, dass die Fälle nicht nach klinischen Gesichtspunkten ausgesucht waren und im allgemeinen von jedem Gehirn nur 2 Hirnstellen der Untersuchung zu Grunde gelegt waren. Mein Prozentsatz geht über die bisher vorliegenden in Gewebsschnitten hinaus. Man kann nach allgemeinen Erfahrungen in der Wissenschaft annehmen, dass spätere Untersucher bei Voraussetzung gleichen Eifers und gleicher Befähigung stets höhere Prozentsätze positiver Befunde haben werden, da ihnen ein Teil der Schwierigkeiten der Technik und Beobachtung durch die ersten Untersucher aus dem Wege geräumt ist, und dass erst nach einer grösseren Reihe von Arbeiten die Grenzen klar werden, in denen sich die positiven Befunde halten. Dass das Optimum der Befunde noch nicht erreicht ist, und dass der positive Nachweis von Spirochäten auch in den nicht ausgesuchten Fällen in mehr als 50 pCt. gelingen wird, halte ich für sicher, und zwar glaube ich, dass dazu nicht einmal die Durchuntersuchung fast aller Windungen nötig sein wird, sondern dass schon mit einer Untersuchung von einigen Hirnstellen jedes Falles eine höhere Prozentzahl erreicht wird, nachdem durch weitere Erfahrung ein geschärfter Blick für die Beurteilung erworben ist. Für solche Untersuchungen wird wahrscheinlich die Untersuchung von Gewebsschnitten vor der Dunkelfeldmethode den Vorzug haben, da sie die Durchmusterung flächenhafter Gebiete ermöglicht.

Dass es sich bei den in den Paralytikergehirnen dargestellten Organismen um Exemplare der *Spirochaete pallida* handelt, ist seit den Noguchi'schen Arbeiten unbestritten. Zahlreiche Autoritäten haben die Gebilde in Originalpräparaten und Photographien anerkannt und die charakteristische Form schützt sowohl bei der Dunkelfelduntersuchung, wie den Färbemethoden im Ausstrich und der Darstellung in Gewebsschnitten, unter der Voraussetzung kritischer Beobachtung vor Verwechslung. Dass es sich um den lebenden Erreger der Syphilis im Gehirn handelt, geht aus den Befunden mittels Hirnpunktion von Forster und Tomaszewski (28) und Bériel (8) hervor, sowie aus den Impferfolgen mit paralytischem Hirngewebe. Dass die Auffindung in Gewebsschnitten bisher im allgemeinen nicht gelang, ist darauf zurückzuführen, dass stets die verschiedenen Fibrillen des Gehirns mit imprägniert wurden und mit ihrem ungeheuren Reichtum die

Spirochäten verdeckten. Woran es lag, dass Noguchi mit seiner Methode Erfolge hatte, die fast allen seinen Nacharbeitern versagt blieben, ist noch unklar. Levaditi, A. Marie, Bankowski (56) geben an, dass sich auch mit der alten Levaditimethode besonders an altem Formolmaterial gelegentlich Erfolge erzielen lassen.

Dem bisherigen Mangel ist durch die Jahnelt'schen Methoden abgeholfen. Soweit es bis jetzt zu übersehen ist, hindern diese Methoden die Mitimprägnierung der Fibrillen und gewährleisten dabei die Darstellung der Spirochäten, wenn sie sorgfältig geübt werden. Weiteres grösseres Untersuchungsmaterial wird zeigen, ob ihnen noch irgend welche bei Silbermethoden ja bekannte Launenhaftigkeit anhaftet. Es kann sich einerseits darum handeln, dass doch vereinzelte Fibrillen dargestellt werden und zu Verwechslungen führen können, davor wird kritische Beurteilung schützen, andererseits darum, ob vorhandene Spirochäten der Darstellung entgehen, das wird Vergleich von Dunkelfelduntersuchung mit Darstellung im Gewebe lehren.

Jahnel hat es unternommen alle Beobachtungen mit mikrophotographischen Abbildungen zu belegen, eine Art des Vorgehens, die sich ausserordentlich empfiehlt und Missverständnisse verhindert und die allgemein nachgeahmt werden sollte. Jahnel hat in sorgfältiger Weise die üblichen typischen Formen der *Spirochaete pallida* bei der Paralyse beschrieben und hat besonders ausführlich die verschiedenen von dem Typus abweichenden Formen beschrieben, abgebildet und erklärt. Mit den Formabweichungen bei Paralyse hatten sich die früheren Beschreiber nicht beschäftigt, abgesehen davon, dass Levaditi, A. Marie und Bankowski *Formes en boucle* erwähnen.

Die *Spirochaete pallida* bei der Paralyse hat im allgemeinen die typisch schraubenartig gewundene Form mit gleichmässigen Windungen, gelegentlich kommen Endfäden vor (Taf. III, Fig. 1f).

Die Formabweichungen bestehen in Biegung der Achse bis zur Verschlingung, Einrollungserscheinungen an einem oder beiden Enden oder des ganzen Exemplars, Ungleichmässigkeit der Windungen, Streckung von kleinen oder grösseren Teilen des Leibes, Verkürzungserscheinungen.

So entstehen Endknöpfe oder Ringe an einem oder beiden Enden (Hantelform, E. Hoffmann), mehrfache Ringe am Ende (Brillenform), Yformen, seitliche scheinbar knospenartige Anhänge, spiralige Verschlingungen, ringförmige, stecknadelknopfartige und vielerlei andersartige Gebilde, Abflachungen der Windungen bis zu fast gradlinigen Exemplaren (*Formes rectilignes* von Fouquet). Alle diese Formen sind als zu den typischen Exemplaren gehörig erkenntlich dadurch, dass

bei einem Teil von ihnen noch typische Schraubenwindungen abgehen, und dass alle in technisch einwandfreien Präparaten gewebefremd erscheinen.

Neben den durch Streckung, Verschlingung und Einrollung entstandenen Formabweichungen ist noch die Erscheinung der Skelettierung zu beobachten: man sieht auffällig dünne aber typisch gewundene Exemplare, die ganz oder zum Teil nicht so schwarz imprägniert sind, wie sonst, sondern einen schwächeren mehr braunen Farbton haben; an einem Teil dieser Exemplare sieht man klumpige Anlagerungen auf mehr oder weniger grossen Strecken. Bei einigen Exemplaren ragt aus einem dickeren verkürzt erscheinenden Teil ein feines Ende heraus. Es handelt sich zweifellos um den Vorgang der Skelettierung, das Periblast streift sich von dem Achsenfaden ab, welcher alsdann in mehr oder weniger grosser Ausdehnung nackt vorliegt.

Alle diese Formen sind bei Syphilis bekannt.

Sowohl die typischen Exemplare wie die Formabweichungen der Spirochaete pallida bei Paralyse unterscheiden sich morphologisch in nichts von den Formen der Spirochaete pallida, wie sie in den verschiedenen Perioden der Syphilis gefunden werden und wie sie in Einzelarbeiten und Zusammenfassungen von Syphilidologen und Spirochätenforschern ausführlich beschrieben sind. (u. A. von E. Hoffmann im Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Mühlens im Prowazeks Handbuch der pathogenen Protozoen, Sobernheim in Kolle-Wassermann, Handbuch der pathog. Mikroorganismen, Mayer-Neumann).

Die Bedeutung der atypischen Formen kann noch nicht als geklärt betrachtet werden. Der Neigung zur Streckung mit Einrollung, Verknotung und Schlingenbildung wird von Prowazek als Depressionsformen eine Rolle im Entwicklungszyklus der Spirochäten zugeschrieben, ähnlich fassen sie Krzysztalowicz und Siedelecki auf, welche die Ringformen als definitives Ruhestadium betrachten und davon unterscheiden die „formes entortillées et épaissies“, die verschlungenen und plumpen dicken Formen, die aus den geknitterten Spirochäten (formes ramollies) entstehen und zu Keulen und kurzen Formen und zur Degeneration der Spirochäten führen. Sie betrachten die „formations compactes ou en baguette“ (Stäbchen) als Depressionsstadien, die „individus oblongs et granuleux“ als Degenerationsauflösungsform (zit. nach Mühlens). Andere Forscher (Levaditi, Roché, Mühlens) können die Auslegung der aufgerollten Formen als Ruheformen noch nicht anerkennen und glauben an wesentlichen Einfluss der Degeneration, event. unter dem Einfluss der Präparation.

Die Streckung wird als Absterbeerscheinung gedeutet durch Mühlens aus der progressiven Zunahme atypischer Formen bei Untersuchung des gleichen, verschieden lange aufbewahrten Materials.

Zu all den Auffassungen über die atypischen Formen muss man wohl auf die Aeusserung von Schaudinn verweisen, gelegentlich der Beobachtung von Streckung auf Glyzerinzusatz, dass die Frage der Ruhestadien nur ein langdauerndes vergleichendes Studium der Entwicklungsgeschichte der verschiedenen Spirochätenarten entscheiden könne.

Bisher dauert das Studium noch nicht lange genug. Vielleicht wird gerade die Bearbeitung des Paralysematerials eine Förderung bringen können.

Es verdient Beachtung, dass diese Formabweichungen in keinem meiner Paralysefälle ganz fehlten, in einigen recht zahlreich waren, in einem meiner Fälle (No. 8) überwogen. Wie aus der Beschreibung der Fälle und ihrem Befunde hervorgeht, ist es nicht möglich einen Zusammenhang von klinischem Verlauf, Todeseintritt, Zeit der Sektion mit dem Auftreten der Formabweichungen festzustellen. Die Erscheinung der Skelettierung fand sich sehr selten, aber fast allgemein an einer örtlich umschriebenen Stelle eines meiner Fälle (No. 1). Unter den Formen der Spirochäte in den später zu erwähnenden bienenschwarmartigen Herden sind viele typische aber auch viele auffällig gestreckte Exemplare. (Taf. IV, Fig. 11—13). Jedenfalls kann man sagen, dass sich die *Spirochaete pallida* bei der Paralyse morphologisch nicht von der bei den anderen Erscheinungen der Syphilis unterscheidet.

Da alle typischen und atypischen Formen der Spirochäten von Jahnelt in erschöpfender Weise beschrieben und abgebildet sind, habe ich mich darauf beschränkt, nur einzelne atypische Formen als Beispiel auf Taf. III, Fig. 1 abzubilden, vieles von den typischen und atypischen Formen sieht man aus den Uebersichtsbildern.

Neben den Formabweichungen der Gewebsspirochäten muss man einige Eigenarten der Spirochäten in Kulturen erwähnen, die vorzugsweise Noguchi beschrieben hat. Noguchi beschrieb eigentümliche runde lichtbrechende Körperchen von ca. $0,75\mu$ Grösse, die meist in Einzahl dem Periblast der Spirochäte angeheftet seien und auch frei vorkämen, sie scheinen mit dem Wachstum der Spirochäte in irgend einer Beziehung zu stehen. Er beschrieb weiterhin in Kulturen eine Granularbildung, indem zahlreiche runde und ovale Körner mit aktiver Molekularbewegung und $0,2$ — $0,3\mu$ Grösse aus der Spirochäte austreten, was bis zur Freilegung eines nackten Achsenfadens führen könne, diese Körner stellten Fragmente des Periblasts dar, im Verlauf eines Degene-

rationsprozesses, bei Uebertragung in ein frisches Medium träten wieder typische Spirochäten auf.

Wie Noguchi und Jahnelt bemerken, ist die Darstellung mit Silberimprägnation im Gewebeschnitt nicht geeignet zur Feststellung solcher Veränderung. Die Darstellung mit Imprägnierungsmethoden erlaubt auch keine Stellungnahme zur Frage der Unterscheidung verschiedener Typen von Spirochäten nach ihrer Dicke — Noguchi unterscheidet 3 Typen von 0,2, 0,25 und $0,3\mu$ — und keine Stellungnahme zur Frage des Teilungsmodus der Spirochäten.

Von Forster und Tomaszewski (28) ist angegeben, dass sie in ihren Fällen von Paralyse die im Hirnpunktionsmaterial durch Dunkel-felduntersuchung gefundenen Spirochäten nicht nach Giemsa färben konnten.

Jahnelt (50) gibt an, dass er mit Giemsalösung sehr schöne Bilder von Paralyse-spirochäten erhielt und dass nach dem Titel einer amerikanischen Arbeit von Brock zu schliessen auch diesem die Giemsa-färbung gelungen sei.

Ich selbst habe von dem Fall 10 ebenfalls im Ausstrich mit Giemsa-lösung Spirochäten färben können.

Es ist also wohl Jahnelt beizupflichten, dass das Ergebnis von Forster und Tomaszewski auf einem gelegentlich vorkommenden Versagen der Färbung beruht. Die Nichtfärbbarkeit der Spirochäten nach Giemsa bei Paralyse besteht nicht und auf diesem Wege ist ein verändertes biologisches Verhalten der Paralyse-spirochäte nicht zu begründen.

Die Verteilung der Pallida auf die verschiedenen Gegenden des Gehirns wurden von Noguchi (59) nur in soweit erwähnt, als er im allgemeinen sagt, dass Gyrus frontalis, Gyrus rectus und Regio Rolandi hauptsächlich zur Untersuchung ausgewählt wurden und die Befunde zeigten, in einigen Fällen wurde auch der Gyrus Hippocampi, das Ammonshorn und andere Regionen untersucht, in einem Fall fanden sich die Spirochäten in allen Teilen, aber in weit geringerer Anzahl als im motorischen Zentrum. Moore (62) sagt, dass Lokalisierung und Verbreiterung des Organismus genügend übereinstimmend mit der Verteilung des paralytischen Prozesses sei. Levaditi, A. Marie und Bankowski (56) fanden die Verteilung wechselnd in den verschiedenen Fällen, im ganzen aber häufiger in den vorderen Gebieten des Gehirns, sie vermissten sie im Bulbus, Rückenmark und Spinalganglien, fanden sie aber in einem Fall in der Flüssigkeit des Seitenventrikels. Jahnelt (49) gibt an, dass sich die Spirochäten am häufigsten und zahlreichsten im Stirnhirn fanden, besonders am Stirnpol, aber auch in den anderen

Rindenregionen bis zum Hinterhaupt, nach dort an Häufigkeit abnehmend. Ausser in der Hirnrinde fand Jahnelt Spirochäten in den subkortikalen Ganglien und im Kleinhirn (48, 48).

Meine eigenen Fälle zeigen, dass sich die Spirochäten am zahlreichsten und regelmässigsten in der ersten Frontalwindung finden, nächst dem in den Zentralwindungen, dass sie aber auch in den anderen Teilen des Hirnmantels gefunden werden, gelegentlich z. B. in den Okzipitalwindungen, während sie in den frontalen Teilen vermisst wurden, und dass ich sie in einem Falle auch im Kleinhirn gefunden habe.

Nach all dem ist anzunehmen, dass überall in der grauen Substanz des Gehirns Spirochäten gefunden werden können, am regelmässigsten und zahlreichsten im Stirnhirn; diese Verteilung entspricht im allgemeinen der Art und dem Grade der Verteilung der histologischen Gewebsveränderungen.

Spirochäten in der Pia wurden von Mc. Intosh und Fildes (44) und von Jahnelt gefunden, Noguchi (69) erwähnt ausdrücklich, dass er sie in der Pia vermisst habe, ebenso Marinesco (54). Unter meinen Fällen zeigte keiner Spirochäten in der Pia. Ihr Vorkommen in der Pia scheint zu den grössten Seltenheiten zu gehören. In der weissen Substanz des Gehirns hat Noguchi (69) Spirochäten gefunden, aber weniger zahlreich und häufig als in der Rinde. Marinesco (51) fand sie ausnahmsweise in der weissen Substanz. Levaditi, A. Marie (56) und Jahnelt (51) betonen ausdrücklich, dass sie in der weissen Substanz keine Spirochäten gefunden haben. Auch meine Fälle waren in der weissen Substanz spirochätenfrei. Alle Untersuchungen sind darin einig, dass der eigentliche Sitz der Spirochäten die Hirnrinde ist. Noguchi fand sie nicht in der 1. Rindenschicht, Jahnelt (51) fand sie auch dort ausnahmsweise aber meist vereinzelt, aber auch kleine Ansammlungen.

Drei meiner Fälle (5, 7, 13) weisen in der 1. Rindenschicht einzelne Spirochäten auf.

Die grosse Menge der Spirochäten findet sich in der tieferen Hirnrinde und zwar im allgemeinen am regelmässigsten und bei weitem am zahlreichsten in der Tiefe der 3. Brodmannschen Rindenschicht (oder Pyramidenschicht). Im Kleinhirn fand Jahnelt die Spirochäten in der Molekularschicht, der Nachbarschaft der Purkinjezellen und der Körnerschicht. Mein einer Fall 9, der sie im Kleinhirn bot, zeigte sie in der Molekularschicht.

Ueber die Art der Lagerung der Spirochäten zueinander ist von Noguchi die Bemerkung zu erwähnen, dass die Spirochäten vereinzelt oder so zahlreich sein können, wie in der Leber syphilitischer

Föten, Levaditi, A. Marie, Bankowski erklären, dass die Spirochäten in einigen Fällen so zahlreich seien, wie beim Primäraffekt, und dass die Neigung in Herden aufzutreten, bemerkenswert sei.

Jahnel (49) unterscheidet zwischen der Anordnung der Krankheitserreger in scharf umschriebenen Herden und der diffusen Verteilung über die Hirnrinde. Den ersten Typ bezeichnet er als bienenschwarmartig, bei seiner reinen Form ist die Grenze scharf abgegrenzt, in ihrer Umgebung finden sich keine oder nur vereinzelte Spirochäten, auch in anderen Hirnteilen sind keine Spirochäten zu finden. Der weit- aus häufigere Typ der diffusen Verteilung im Gewebe zeige grossen Wechsel in Bezug auf die Menge der Spirochäten an verschiedenen Stellen. Zwischen beiden Typen beständen zahlreiche Uebergänge.

Meine Befunde bestätigen in vollem Umfange die Beschreibung Jahnel's. In einem meiner Fälle findet sich die Anordnung der Spirochäten in bienenschwarmartigen Kolonien, welche in den Schnitten schon mit schwacher Vergrösserung als feinmaschige schwarze Flecke kenntlich sind. Sie bestehen aus zahllosen enggedrängten Spirochäten, wie die Abbildungen zeigen. Der Fall weist mehrere solcher Bienenschwärme verschiedener Grösse auf, ausserdem finden sich aber noch einzelne Spirochäten im Gewebe in der Umgebung der Schwärme und diffuse Verteilung in anderen Hirnteilen. Die grosse Mehrzahl der Fälle weist eine diffuse Verteilung der Spirochäten in der Hirnrinde auf. Der Parasitenreichtum ist in den einzelnen Fällen ein durchaus verschiedener. In einzelnen Fällen finden sich nur vereinzelte, in anderen ungeheure Mengen von Exemplaren. Auch in den Fällen, in denen eine diffuse Ausbreitung zahlreichster Mengen besteht, ist die diffuse Ausbreitung nicht überall gleichmässig, sondern fleck- und flächenförmig verschieden stark. Eine Hirnwindung kann an einer Seite von Spirochäten erfüllt und an der anderen Seite frei von Spirochäten sein, dicht neben Stellen diffuser Anhäufung liegen Stellen, die ganz oder fast frei von Spirochäten sind. Der Wechsel des Spirochätenreichtums ist im ganzen unregelmässig, immerhin lässt sich annehmen, dass eine ringförmige oder scheibenförmige Anordnung, wie sie Jahnel als für manche Anordnung denkbar hält, möglich ist.

Ueber die Beziehung der Spirochäten zu den Elementen des Zentralnervensystems liegen bisher wenig Mitteilungen vor. Noguchi (69) fand sie nicht in der Pia, fast niemals in den Gefässwandungen und nur ganz selten in der Nähe von Blutgefässen, er erwähnt die enge Anlagerung von ein oder mehreren Spirochäten an Pyramidenzellen und dass in einigen Fällen ein Teil des Pallidakörpers sich dem Zytoplasma der Nervenzellen zu inserieren scheine, zuweilen

liegen die Parasiten in den perineuralen Räumen längs des Verlaufs der Achsenzylinderfortsätze. Jahnelt gibt an, dass sehr häufig Spirochäten in der Umgebung von Ganglienzellen angehäuft sind, dass manchmal die Ganglienzellen von Spirochäten ganz umlagert sind, ein Eindringen der Spirochäten in die Ganglienzellen scheine nur ausnahmsweise vorzukommen. In Plasmazellen habe er Spirochäten nicht gesehen, wohl aber habe er als seltene Erscheinung Spirochäten zuweilen zwischen den Infiltratzellen der Lymphräume beobachtet. In der Pia hat Jahnelt Spirochäten als sehr seltenen Befund gesehen, ebenso wie Mc.Intosh und Fildes.¹ Die Angaben Noguchi's über das Nichtvorkommen der Spirochäten in den Gefässwandungen bezeichnet Jahnelt in dieser Exklusivität nicht für richtig, es kämen gelegentlich auch Spirochäten in den Gefässen vor und Bilder von Entlangwuchern der Spirochäten an den Gefässen oder von Durchwachsung aller Schichten der Gefässwand vom nervösen Gewebe aus; solche Bilder zeigt Raেকে (78) nach Jahnelt'schen Präparaten und Jahnelt leitet aus diesen Beobachtungen eine besondere Theorie von der Reinfektion aus dem Gewebe, die später zu erwähnen ist, ab.

Die Befunde meiner Fälle zeigen, dass für die grosse Masse der Spirochäten Beziehungen zu zelligen Gewebeelementen des Zentralnervensystems nicht erkennbar sind. Es fehlen aber Beziehungen zu zelligen Elementen nicht ganz. Unter diesen Beziehungen überwiegt bei weitem die Anhäufung von Spirochäten um Ganglienzellen, ohne dass ein Eindringen in Ganglienzellen nachweisbar ist. (Taf. III, Fig. 6 und 7.) Beziehungen zu Gliazellen sind als seltener Befund, aber etwas häufiger als zu den Infiltrationszellen und Gefässscheiden vorhanden, sie sind schwer erkennbar und noch schwerer zu photographieren. Taf. IV, Fig. 7 ist die Photographie einer Stelle an der das Mikroskop bei Benutzung der Mikrometerschraube zeigt, dass die 2 dunkleren Stellen (gl) Gliakerne sind, die von einem lappigen Protoplasmaleib umgeben sind, in welchem eine abgeknickte (a) und eine aufgerollte (b) Spirochäte liegen. Unter den Beziehungen zu den Gefässen kann ich eine erhöhte diffuse Anhäufung in der Nähe von Gefässen nicht finden; wo die Nachbarschaft von Gefässen eine gewisse vermehrte Menge zeigt (Taf. III, Fig. 11), bietet derselbe Fall eine gleiche oder höhere fleckweise Anhäufung fern von Gefässen, so dass die Beziehungen zu Gefässen nicht sicher zu behaupten sind. Beziehungen zu anderen nervösen Elementen sind ausserordentlich seltene Einzelvorkommnisse. Zuweilen erscheint eine Spirochäte senkrecht zur Hirnoberfläche gelagert, dass man glauben könnte, sie folgt einer Nervenfasern. Einige Male habe ich eine Spiro-

chäte zu einem Knäuel geballt in einer Infiltrationszelle gesehen, ohne dass ich erkennen konnte, ob es sich um eine Plasmazelle oder eine andere Infiltrationszelle handelte (Taf. III, Fig. 2 iz). Mit Jahnelt kann ich mich von der Ueberzeugungskraft der Schilderung und Abbildung von Spirochäten im Inneren von Plasmazellen, auf welche Markus weitgehende Hypothesen aufbaut, nicht überzeugen, ohne dass ich die Möglichkeit der intrazellulären Lagerung bestreiten will. Gelegentlich, aber sehr selten sieht man Spirochäten den Infiltrationsmänteln der Gefässscheiden angelagert (Taf. III, Fig. 5) oder zwischen den Zellen gelagert (Taf. VII, Fig. 5).

Beziehungen zur Gefässwand sind selten, sind aber häufiger als Beziehungen zu Infiltrationszellen. Fig. 8 und 9 auf Taf. III zeigen unverkennbare Lagerung von Spirochäten in der Gefässwand des Falles 5.

Einer meiner Fälle zeichnet sich dadurch aus, dass bei ihm einzeln und in Büscheln liegende Spirochäten in der Gefässwand ein weit verbreiteter Befund sind (Taf. III, Fig. 10, Taf. VII, Fig. 1—6). Histologisch zeigte dieser Fall die typischen Veränderungen der paralytischen Erkrankung mit einer diffus verbreiteten Endothelwucherung. Dass der histologisch auffälligen Endarteritis eine noch vorhandene Spirochätenwucherung in den Gefässwandungen entspricht, ist von grossem Interesse.

Eine Beziehung der bienenschwarmartigen Kolonien zu den Gefässen oder Elementen des Zentralnervensystems kann ich nicht finden. In den Schwärmen sieht man einzelne Ganglienzellen oder Gefässe wie ausgespart liegen, zu denen die Schwärme in keiner Beziehung zu stehen scheinen (Taf. IV, Fig. 9, 10, 13).

Eine vollständige Sonderstellung nimmt der Fall 16 ein, der weiter unten zu erörtern ist.

In meinen Fällen habe ich auch den histologischen Befund aufgeführt, um für den Vergleich der pathologisch-anatomischen Veränderung mit dem Spirochätenbefund den Anfang einer Grundlage zu schaffen. Ich habe mich im allgemeinen auf die Zellfärbung nach Nissl beschränkt, da diese grundlegend für die Diagnose und Erkenntnis des paralytischen Prozesses ist. Am nach Jahnelt zur Spirochäten-darstellung behandelten Formolmaterial ist eine geeignete Gewebsfärbung nicht mehr möglich. Daher wurden, soweit angängig, benachbarte Blöcke in Alkohol zur Zellfärbung und in Formol für Jahnelt'sche Spirochätendarstellung konserviert, es sind das die Fälle, in denen beim histologischen Befund die Halbseitenbezeichnung gleichseitig rechts oder links ist. Von mehreren Fällen war eine Hirnhälfte in Alkohol, die

andere in Formol konserviert, alsdann wurden korrespondierende Stellen beider Hälften nach den beiden Methoden bearbeitet.

Aus dem Vergleich des histologischen Befundes mit dem Spirochätenbefund ist bisher von Bedeutung: Wie oben gesagt, ist im allgemeinen der Prädilektionssitz der paralytischen Erkrankung, nämlich die frontalen Hirnteile, sowohl an der konvexen wie der orbitalen Seite auch die Gegend des regelmässigsten und reichlichsten Spirochätenbefundes, und im allgemeinen decken sich auch im einzelnen Falle Höhe der histologischen Veränderung und des Spirochätenbefundes, nur entspricht nicht in jedem Falle der höchste Grad der histologischen Veränderungen dem sichersten und reichlichsten Nachweis der Spirochäten, sondern es kann in Gegenden, in denen die histologische Veränderung am Gefässapparat und nervösen Gewebe am ausgesprochensten ist, der Spirochätennachweis fehlen oder geringer sein als in histologisch schwache Veränderungen aufweisenden Hirngegenden. Dieses Verhalten ist von Jahnke beschrieben und gewürdigt.

Die fleck- und flächenförmigen Unterschiede in der diffusen Verteilung der Spirochäten veranlasste mich, darauf in den Zellpräparaten zu achten; dabei ergab sich, dass auch die Zellfärbung in fast jedem Falle sehr beträchtliche Unterschiede des Grades der diffusen Gewebsveränderung in einer der Spirochätenverteilung ähnlichen fleck- und flächenförmigen Verteilung zeigt, indem dicht nebeneinander sehr verschieden schwer veränderte Stellen liegen. Als Beispiel zeige ich zwei benachbarte Stellen aus einem Schnitt des Falles 5 (Taf. V, Fig. 1 und 2). Ich denke nicht daran, dass sich Spirochätenbefund und histologische Veränderung im einzelnen decken sollen, aber die grosse Verbreitung des Gradunterschiedes weist darauf hin, dass der Hergang der histologischen Veränderung eine weitgehende Beziehung zu der Ausbreitung der Spirochätenverteilung haben mag.

Bemerkenswert ist, dass sich bei dem Falle mit bienenschwarmartigen Spirochätenkolonien in den Zentralwindungen bei der Zellfärbung fleckweise Ganglienzellausfälle finden, von denen einige zellreich durch grosse Mengen Gliazellen sind. Die Schwierigkeit, aufeinander folgende Schnitte geeignet zu behandeln, lässt die Frage, ob die Spirochätenkolonien diese fleckweisen Ganglienzellausfälle verursacht haben, vorläufig unentschieden.

Besonderer Erwähnung bedarf der Fall 8, in dem die Zellfärbung das Vorhandensein der akuten Zellerkrankung Nissl's, also einer im allgemeinen ubiquitären und einen akuten Krankheitsprozess ausdrückenden Veränderung ergab, besonders deshalb, weil in diesem Fall die Spirochäten in weit überwiegender Menge Einrollungsformen zeigten.

Die Betrachtung des klinischen Verlaufs der Fälle zeigt, dass 7 von den 16 Fällen im Zusammenhang mit paralytischen Anfällen motorischer Art starben (6, 7, 8, 10, 14, 15). Die Mehrzahl der übrigen Fälle (1, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 16) zeigte in der Zeit vor dem Tode einen geistigen oder körperlichen progredienten Verfall, der als akuter Krankheitsschub der Paralyse aufgefasst werden muss. Nur 1 Fall (No. 2) kann als stumpf apathischer Zustand aufgefasst werden, bei dem die Krankheit zur Zeit des Todes nicht im Fortschreiten war, dieser Fall zeigt nur ganz vereinzelte Spirochäten.

Meine Fälle mit negativem Spirochätenbefund enthalten 2 Fälle mit Tod nach paralytischen Anfällen, von denen einer nach schnell progressivem Verlauf im unmittelbaren Anschluss an mehrere schwere paralytische Anfälle starb. Die Spirochätenuntersuchung war in zahlreichen Hirnwindungen negativ. Von den anderen negativen waren 6 stumpf dement, die anderen 8 in einem Zustand teils langsamen teils schnellen Verfalls.

Es spricht also der Vergleich des klinischen Verlaufs mit dem Spirochätenbefund durchaus dafür, dass bei in oder nach Anfällen verstorbenen Paralytikern eine grössere Wahrscheinlichkeit des Spirochätennachweises vorhanden ist, und dass ein schneller progredierender Krankheitsverlauf, der als akute Krankheitsverschlimmerung zu betrachten und in seiner akutesten Phase als psychischer Anfall den epileptiformen und apoplektiformen an die Seite zu stellen ist, ebenfalls eine höhere Wahrscheinlichkeit des Spirochätennachweises gibt, als sie den Fällen mit langsamem progredienten Verlauf oder in stumpfdementen Endzustand zukommt. Levaditi, A. Marie und Bankowski (56) hielten es auf Grund ihrer Befunde für wahrscheinlich, dass die Anfälle der Paralytiker entsprächen akuten Schüben der Spirochätenvermehrung, besonders in den motorischen Zonen. Forster und Tomaszewski (28) widersprachen dieser Annahme, da sie am Material ihrer Hirnpunktionen in einfach dementen Fällen manchmal zahlreiche Spirochäten fanden, sie in Fällen mit expansiven Grössenideen und Anfällen vermissten; Jahnke (51), der den Begriff Anfall im weitesten Sinne fasst, sagt, dass man bei im Anfall verstorbenen Paralytikern in der Regel zahlreiche Spirochäten und zwar gleichzeitig an vielen Stellen des Gehirns finde.

Wenn in entsprechenden Fällen von körperlichen und psychischen Anfällen mit progredientem Krankheitsverlauf die Spirochäten leichter und in grösserer Zahl nachgewiesen werden, so legt das die Annahme nahe, dass sie in solchen Fällen in einem Zustand akuter Vermehrung sind, und dass zeitliche Schwankungen der Spirochätenzahl durch

solche Befunde erwiesen werden. Aus meinen Fällen möchte ich diese Folgerung von Levaditi, A. Marie, Bankowski und Jahnel im allgemeinen annehmen. Noch aber scheint es mir nicht erlaubt, für die genannten Krankheitsphasen stets das Vorhandensein einer akuten Spirochätenausbreitung anzunehmen oder die Krankheitserscheinungen dadurch unmittelbar erklären zu wollen. Dagegen spricht, dass ich in einem akut progredienten Falle mit motorischen Anfällen bei Untersuchung zahlreicher Hirnwindungen die Spirochäten vermisst habe, und spricht weiterhin besonders der Fall 14, ein Fall, der klinisch das Musterbeispiel von motorischen Anfällen war, die auf Entstehung in der rechten Hirnhälfte hinwiesen; über dieser rechten Hirnhälfte zeigte sich bei der Sektion eine erheblich stärkere Leptomeningitis als links, der rechte Seitenventrikel war weiter als der linke, die Spirochätenzahl aber war eine geringe und in den Zentralwindungen wurden trotz Untersuchung mehrerer Blöcke keine Spirochäten gefunden. Die Beziehungen des Spirochätenbefundes zu körperlichen und psychischen Anfällen und den akuten Schüben des paralytischen Krankheitsprozesses werden erst endgültig zu beurteilen sein, wenn ein sehr grosses Untersuchungsmaterial vorliegt. Da die Kranken verschieden lange Zeit nach dem Anfall starben, ist im Auge zu behalten, dass der mikroskopische Befund bereits eine Verschiebung der Verhältnisse zur Zeit des Anfalles darstellen kann und dass das Zugrundegehen der Spirochäten sehr schnell geschehen kann, darauf weist der Fall 8 hin, in dem sich überwiegend Einrollungsformen fanden.

Der Fall 14 weist ebenso wie der Fall 15 einen wichtigen Sonderbefund auf. Beide sind anatomische Fälle Lissauer'scher Paralyse, d. h. mit herdartiger Veränderung in bestimmten Windungsgebieten. Die herdartige Veränderung findet sich bei beiden Fällen einseitig im Gyrus rectus, bzw. seiner Umgebung und war klinisch nicht erkennbar gewesen. Art und Grad der Veränderung ist im Befund der Fälle ausführlich beschrieben und wird durch die Bilder Taf. V, Fig. 3—6, Taf. VI, Fig. 1—3 erläutert.

Es handelt sich um eine abgegrenzte Verschmälnerung von Windungen, an der Rinde und subkortikales Mark beteiligt ist. Durch die Ausbreitung und den histologischen Befund ist auszuschliessen, dass eine durch einen lokalisierten vaskulären Prozess (Verlegung eines Gefässlumens) bedingte Ernährungsstörung die Ursache des Prozesses ist. Durch den Befund ist weiterhin auszuschliessen, dass eine lokalisierte tertiär-luetische meningitische oder enzephalitische Veränderung den Prozess verursacht oder eingeleitet hat. Es besteht im befallenen Gebiet ein diffuser Nervenzellschwund der Hirnrinde, an dem sich die

Gewebelemente gleichmässig beteiligen. Zustand der Nervenzellen, der Markscheiden, und besonders der Glia und der Abbauprodukte zeigen, dass es sich um einen nicht mehr akuten Prozess handelt, sondern ein Zustand relativer Ruhe in dem befallenen Gebiete eingetreten ist. Die charakteristischen histologischen Merkmale der paralytischen Hirnrinden-erkrankung sind vorhanden. Die herdförmige Veränderung ist in beiden Fällen als ein besonders weit vorgeschrittener Endzustand derselben Erkrankung anzusehen, die in der übrigen Hirnrinde der beiden Fälle besteht, und muss auf die gleichen Ursachen zurückgeführt werden.

Spirochäten finden sich in beiden Fällen in den herdförmig hochgradig atrophischen Gebieten, an Zahl wesentlich geringer als an anderen Stellen der gleichen Gehirne. Da die herdförmige Veränderung auf die gleiche Ursache zurückzuführen sein muss, wie die Veränderung der übrigen Hirnrinde, so muss angenommen werden, dass in den betreffenden Gebieten eine bedeutend höhere Zahl von Spirochäten zu irgend einer Zeit der Krankheit vorhanden war und sich das Gewebe von ihnen fast gereinigt hat. Insofern bedeuten diese beiden Fälle einen sicheren Beweis für die hochgradigen zeitlichen Schwankungen des Spirochätenvorkommens. Diese Annahme wird unterstützt dadurch, dass im Falle 15 im Frontalhirn ein histologisch ganz akuter Prozess in der ersten Hirnwindung besteht, in dessen Bereich eine ungeheure Spirochätenmenge nachweisbar ist. Aus diesen Fällen geht weiterhin hervor, dass eine regionäre Ausbreitung des Erregers in der Hirnrinde stattfinden kann, denn anders ist das Bild dieser herdförmigen Rindenveränderung nicht zu erklären.

Ein Fall besonderer Art ist der Fall 16. Es handelt sich um eine klinisch und histologisch einwandfrei festgestellte Paralyse, bei der sich lokal begrenzt an mehreren Stellen eine besondere Gefässveränderung zeigt, nämlich die Ablagerung einer homogenen Substanz in der Gefässwand. Witte, dem ich den Fall verdanke, hat einen anderen derartigen Fall beschrieben (95), er glaubt, dass es sich um ein Exsudationsprodukt aus den Gefässen handelt; an der Hand eines anderen, etwas anders gearteten Falles hatte ich die bekannten Fälle von Ablagerung homogener Substanz im Gehirn zusammengestellt und es offen gelassen, ob der Prozess von Einschmelzung und Verwendung des Grundgewebes zum Aufbau der amyloidähnlichen Substanz mit einer Exsudation aus den Gefässen beginnt (83). Einen weiteren Fall hat inzwischen Fankhauser beschrieben (25). Der vorliegende Fall reiht sich dem früheren Witte'schen Fall an und wird von Witte selbst beschrieben werden. Es handelt sich wohl nicht oder noch nicht um Einschmelzung des nervösen Gewebes, sondern um eine Ablagerung

eines Exsudationsproduktes aus den Gefässwänden. Hier interessiert der Fall nur durch die Spirochätenverteilung.

Der Fall wird durch die Beschreibung im Befund und die Bilder veranschaulicht. (Taf. VI, Fig. 4—6, Taf. VII, Fig. 1—6.) Der Fall zeigt neben der diffusen, fleckweise verschieden reichlichen von Gefässen unabhängigen Spirochätenverteilung in der Hirnrinde, wie sie die anderen Fälle von Paralyse bieten, eine ganz besondere Erkrankung der Gefässe, die teils mit Ablagerung der homogenen Substanz vergesellschaftet, teils von ihr unabhängig ist. Dass die Spirochäteninvasion der Gefässwände das Primäre, die Ablagerung der homogenen Substanz das Sekundäre ist, scheint mir aus Bildern wie Taf. VII, Fig. 3 und 4 hervorzugehen, in denen sichtlich auf dem Rückgang befindliche Spirochätenzüge und Inseln von der Ablagerung wie erdrückt erscheinen. Sicher zeigt der Fall, dass bei der Paralyse neben der üblichen diffusen Verteilung im Gewebe auch ausgebreitete Spirochätenwucherung in den Gefässwänden und deren Umgebung vorkommt. Bedeutungsvoll ist der Nachweis von Spirochäten im Lumen von Gefässen, also in der Blutbahn (Taf. VII, Fig. 5).

Erwähnenswert ist, dass im Fall 7, bei dem 2malige Untersuchung der Wassermann'schen Reaktion im Blut und Liquor negativ gewesen war, sich Spirochäten fanden.

Ueber das Wesen der Paralyse.

Noguchi hatte die Paralyse als eine diffuse Spirochätose des ganzen Gehirns mit vorzüglichem Befallensein der Rindenzone bezeichnet und nahm an, dass die Läsionen unmittelbar auf die Gegenwart der Pallida bezogen werden müssten (69, 70).

Allgemeine Zustimmung fand er für diese Auffassung der Paralyse damals noch nicht; Moore (62), der an Noguchi's ersten Spirochätenbefunden beteiligt war, meinte, dass die Frage, ob die Paralyse wahre Syphilis sei oder nicht, noch offen bleibe, wenn auch der wichtigste Punkt, der damit im Widerspruch stehe, beseitigt sei, und Hoche (39) erkannte nach Noguchi's Befunden zwar an, dass Paralyse und Tabes nicht als späte Nachkrankheiten der Lues, sondern als ein Stück der Syphilispathologie selbst gelten müssen, die Verteilung der Mikroorganismen liesse es aber als ausgeschlossen erscheinen, dass sie in direkter Kontaktwirkung die pathologischen Veränderungen hervorriefen, da sich in den entzündlich veränderten Partien (Pia und Gefässe) keine Spirochäten fänden und die Verteilung so regellos sei, dass aus ihr die Möglichkeit einer systematischen Erkrankung von Zellgruppen oder Fasersystemen nicht abzuleiten sei; es bestände die Möglichkeit, dass die Spirochäten im Gehirn bei Paralyse nur ein Nebenfund seien, wie

Spirochäten in der Nebenniere von Paralytikern, und dass der chronisch degenerative Prozess der Paralyse nicht einer lokalen, sondern einer allgemeinen toxischen Wirkung der Spirochäten zuzuschreiben sei; ungeklärt sei auch durch die Spirochätenbefunde, warum Hirnsyphilis im Prinzip heilbar, Paralyse im Prinzip und tatsächlich unheilbar sei und warum nur 4—5 pCt. der Syphilitiker paralytisch würden.

Inzwischen haben sich die Spirochätenbefunde in Paralytikergehirnen vermehrt. Die Forscher, welche selbst über eine grössere Zahl von positiven Befunden verfügen, betrachten die Spirochäte im Gehirn als Ursache der Paralyse. Levaditi, A. Marie und Bankowski (56) meinen, dass die Paralyse hervorgerufen ist durch Ausbreitung der Spirochäten und die dadurch gesetzten Schädigungen.

Nach Forster und Tomaszewski (28) kann es als sehr wahrscheinlich gelten, dass die Paralyse verursacht ist durch eine (biologisch veränderte — siehe unten —) Syphilisspirochäte, Marinesco (59) nennt die Paralyse eine diffuse Syphilose der Hirnrinde ohne Hautsymptome. Ehrlich (15) sagt: „Nachdem Noguchi der Nachweis von Spirochäten im Gehirn von Paralytikern gelungen ist, hat die Anschauung, welche die Paralyse als eine metasymphilitische Erkrankung betrachtet, ihre Berechtigung verloren. Wir werden anzunehmen haben, dass es sich nicht um eine Folgeerscheinung einer aktiven syphilitischen Infektion handelt, vielmehr noch um einen syphilitischen Infektionsprozess“, und weiter, „dass die Paralyse als eine ätiologisch geklärte Krankheit erscheint“.

Es fragt sich, ob wir aus den bis jetzt vorliegenden Befunden schliessen dürfen, dass in jedem paralytischen Gehirn Spirochäten vorhanden sind, oder gefordert werden muss, dass in allen Fällen von Paralyse Spirochäten nachweisbar sind. Diese Forderungen nennt Jahnel (51) unberechtigt und unerfüllbar, da die Möglichkeit, die Spirochäten im Gehirn von Paralyse aufzufinden, eine beschränkte ist, denn abgesehen davon, dass auch die gründlichste Untersuchung sich nur auf einen winzig kleinen Bruchteil des Zentralnervensystems erstreckt, engen die zeitlichen und örtlichen Schwankungen des Spirochätenvorkommens die Möglichkeit der Auffindung der Spirochäten noch mehr ein.

Die Annahme der örtlichen Schwankungen des Spirochätenvorkommens wird durch die Beobachtung der wechselnden Verteilung in den verschiedenen Hirngegenden (Levaditi, A. Marie, Bankowski) und durch das Vorkommen von einzelnen bienenschwarmartigen Kolonien, deren Auffinden ein Glücksfall ist, begründet (Jahnel).

Die Annahme der zeitlichen Schwankungen wird begründet durch die natürliche Ueberlegung, dass die Vermehrung nicht schrankenlos, sondern in verschiedenen Schüben entsprechend den Hautsyphiliden und

durch den regelmässigen Befund in Anfällen (Levaditi, A. Marie und Bankowski, Ehrlich und Jahnelt).

Ein weiterer anatomischer Beweis für die zeitlichen Schwankungen ist erbracht durch die geringe Spirochätenzahl in den atrophischen Rindenteilen meiner beiden Fälle von Lissauer'scher Paralyse, in denen sie an Ort und Stelle der Veränderung in reicher Zahl vorhanden gewesen sein müssen und grösstenteils verschwunden sind, wie ich das oben begündet habe.

Dabei ist zu erwähnen, dass bei tertiärer Lues der Spirochätennachweis, der erst spät in wenigen Fällen von Doutrelepon und Grouven und Tomaszewski besonders in den Randpartien gelang, ein sehr seltener Befund ist und doch „über ihre Anwesenheit in tertiärluetischen Produkten kein Zweifel besteht“ [Sobernheim (86)].

Man darf auf Grund der vorliegenden Befunde wohl mit Jahnelt schliessen, dass in jedem paralytischen Gehirn Spirochäten vorhanden sind, auch wenn der Nachweis nicht in allen Fällen gelingt.

Dieser Meinung ist inzwischen auch Hoche (40) beigetreten und sagt jetzt, dass „wir annehmen dürfen, dass wohl in allen Paralysefällen das ganze Gehirn reichlich Spirochäten beherbergt“. Es mag jetzt schon Fälle von Paralyse geben, die heilen oder zum Stillstand des Krankheitsprozesses führen, der auf endgültigem Verschwinden der Spirochäten beruhen müsste, unter Umständen, ohne dass das klinisch in Erscheinung tritt, da die Kranken mit ihren erworbenen Krankheitserscheinungen unter dem klinischen Bild der Paralyse fortleben können. Für die Erkenntnis dieser Möglichkeit ist durch die Jahnelt'schen Methoden der Spirochätendarstellung im Verein mit klinischer Beobachtung und der histologischen Untersuchung die Grundlage geschaffen.

Von grosser Bedeutung ist die Frage, ob bei der Paralyse das Gehirn allein der Sitz von Spirochäten ist, oder ob auch andere Organe von Spirochäten durchseucht sind. Jahnelt (51) hat seine Untersuchungen auf die inneren Organe von Paralytikern ausgedehnt und dabei Lungen, Herz, Milz, Leber, Nebennieren, Pankreas, Schilddrüse, Lymphdrüsen, Hoden, Knochenmark u. a. berücksichtigt, mit dem Ergebnis, dass er einmal im Dunkelfeld eine Spirochäte in der Verreibung eines Herzmuskels und einmal im Levaditipräparat eine einzige Spirochäte in der Lunge fand. Er hält Einschleppung auf dem Blutwege für möglich und hält es aus dem fast regelmässigen Fehlen von Spirochäten in den inneren Organen von Paralytikern für höchst unwahrscheinlich, dass daselbst Herde stärkerer Proliferation des syphilitischen Virus existieren.

Andere einwandfreie Befunde von Spirochäten in inneren Organen von Paralytikern, bzw. Tabikern existieren nicht; bei einem von Schmorl

mitgeteilten Fall Schlimpert's von Spirochäten in der Milz erörtert Schmorl selbst die Möglichkeit, dass es sich um verschleppte Spirochäten aus ulzeriertem Magenkarzinom gehandelt habe. Hirschl und Marburg bezweifeln auch die Tabesdiagnose dieses Falles [zitiert nach Jahnel (51)], eine Arbeit von Krasser (53), deren Referat im Neurol. Zentralbl. auf Durchsetzung der Nebennieren mit Spirochäten schliessen lässt, zeigt sich im Original als eine reine Spekulation über diese Möglichkeit.

Die Häufigkeit der Aortitis bei Paralytikern verdient Beachtung, da bei Aortitis Spirochäten gefunden sind, allerdings noch nicht bei Paralytikern. Ueber entzündliche Veränderungen, diffuses Vorkommen von Lymphozyten und Plasmazellen in Leber und Niere von Paralytikern berichtet Catola (9). Abgeschlossen ist die Frage des Zustandes der inneren Organ bei Paralyse noch nicht. Weitere histologische und Spirochätenuntersuchungen in dieser Richtung sind notwendig, um die metaluetischen Erkrankungen (im Sinne Erb's) zu klären.

Jetzt schon kann man aber über die Paralyse sagen, dass diese Form der Metalues keine Nachkrankheit der Lues, sondern ein aktiver Infektionsprozesses (Ehrlich) und weiter, dass das Gehirn der Hauptsitz dieses aktiven Infektionsprozesses ist und die paralytischen Veränderungen durch Wirkung der Spirochäten am Ort ihres Hauptsitzes im Gehirn erzeugt sind. „Die Auffassung, dass die Paralyse eine Allgemeinerkrankung des Körpers darstellt, bei welcher die Erscheinungen von Seiten des Zentralnervensystems im Vordergrund stehen, hat nur dann und auch nur vom klinischen Standpunkt aus Berechtigung, wenn man die Kachexie usw. als Folgeerscheinung der paralytischen Erkrankung im Nervensystem ansieht“ [Jahnel (51)].

Die Paralyse ist in ihrer Aetiologie geklärt als eine Spirochätenerkrankung des Gehirns, ungeklärt aber ist ihre Entstehung und Entwicklung.

Die für diese Fragen wichtigsten Eigenarten der Paralyse sind, dass nur eine geringe Anzahl der Luetiker paralytisch wird, dass die Paralyse klinisch im allgemeinen erst lange Jahre nach der Infektion in Erscheinung tritt, und dass im Prinzip die sogenannte Hirnlues durch die gebräuchlichen antiluetischen Mittel beeinflusst wird, die Paralyse nicht. Zwar war schon vor der Salvarsanära bekannt, dass vorsichtige antiluetische Kuren bei manchen Paralytikern nützlich sind und seit der Verwendung des Salvarsans haben sich solche Mitteilungen gemehrt. Wie aber auch das Salvarsan verwendet wurde, ob intravenös in kleinen oder grossen Mengen von Raecke und Runge, ob intralumbal nach Gennerich, ob als intralumbale Einverleibung salvarsanisierten Serums

nach Swift und Ellis, immer kann man nach den bisher vorliegenden Veröffentlichungen nur sagen, dass eine gewisse Anzahl von Paralytikern günstig beeinflusst wurde, im Sinne von Remissionen und Stationärwerden, die Paralyse aber nicht als geändert anerkannt werden kann, denn Remissionen und stationäre Zeiten gibt es bei unendlich vielen Paralytikern.

Schon Noguchi (69) sah den Grund der therapeutischen Unbeeinflussbarkeit der Paralyse darin, dass die Mikroorganismen in der Tiefe des Organparenchyms liegen und gegen den Angriff der Medikamente geschützt seien, während sie bei der gewöhnlichen Form der Syphilis des Zentralnervensystems in der Nähe von Blutgefässen therapeutischer Einwirkung besser zugänglich seien. Moore (62) sah in der Hirnsyphilis eine lokalisierte syphilitische Erkrankung der Hirnhaut mit Erhaltung einer schützenden Barriere gegen das Eindringen der Spirochäten in die Gehirnsubstanz, in der Paralyse eine allgemeine Verbreitung des Organismus infolge verschiedener Umstände, Alkohol, Erblichkeit, Prädisposition einer gewissen Art des Organismus für Nervengewebe. Ich (84) habe bei der Demonstration eines Noguchi'schen Originalpräparates durch E. Hoffmann darauf verwiesen, dass die Widerstandsfähigkeit der Paralyse gegen antiluetische Behandlung begründet sein könnte in den besonderen anatomischen Verhältnissen des Gehirns. Die Meningen und adventitiellen Scheiden der Gefässe seien im allgemeinen bei Paralyse eine Grenzmauer für Infiltrationszellen, die über die beschränkte Permeabilität der Meningen bekannten Befunde liessen vermuten, dass hier auch für Arzneimittel eine Sperre besteht; für Spirochäten bestehe diese Sperre offenbar nicht.

In letzter Zeit hat Behr (5) diese Gedankengänge am Beispiel des Sehnerven ausgebaut auf Grund von Injektionsversuchen, die ihn zur Annahme eines an das Gliafasersystem gebundenen parenchymatösen Lymphstroms und zu dem Schluss führten, dass „die luetische Sehnerventrophie durch Infektion des Bindegewebes des Blutgefässsystems, die metaluetische dagegen durch eine Infektion des nervös gliösen Gewebes zustande kommt“, die gliösen Grenzmembranen stellen eine biologische Scheide zwischen dem Uebertritt der in Blutplasma gelösten Arzneimittel und dem parenchymatösen Saftstrom dar.

Diese Anschauungen sind Annahmen, sie stützen sich einerseits auf Beobachtung histologischer Gewebsveränderungen, andererseits auf den Typus der Spirochätenverteilung im paralytischen Gehirn. Dieser Typus der Spirochätenverteilung im Gehirn ist durch die bisher vorliegenden Befunde sicher begründet und besteht darin, dass die Spirochäten ohne Beziehung zum Gefässsystem im Gehirn-

webe liegen. Es fehlt zur Sicherung dieser Annahmen noch eine genauere Kenntnis der Spirochätenverteilung bei der sogenannten Hirnlues.

Der Strassmann'sche Fall (89) ist der allgemein bekannte Fall von Hirn- bzw. Rückenmarkslues mit Spirochätenbefund. Der Fall erkrankte ca. ein Jahr nach der Infektion an zerebrospinaler Lues und starb 21 Monate nach der Infektion. Er zeigt als Typus der Spirochätenverteilung allerdings die Lagerung in den Gefässwänden und den Infiltrationen ihrer Scheiden und von den Gefässen aus ins umliegende Gewebe ausgebreitet, doch finden sich einzelne Exemplare auch im Gewebe zwischen Ganglienzellen und in der weissen Substanz, ohne dass Beziehungen zu den Gefässen sicherzustellen sind.

Ein weiterer Fall ist von Versé (92) veröffentlicht, es handelt sich um eine akute und subakute Phlebitis im Sekundärstadium der Lues mit frischer Myelomeningitis, ausgebreiteter Wurzelnuritis und herdförmigen Degenerationen in den Hinter- und Seitensträngen bei einem 10 Monate nach Infektion gestorbenen Kranken. Es fanden sich Spirochäten am Nervensystem des Gehirns, besonders zahlreich in einer stark veränderten und völlig thrombosierte Vene des Stirnlappens, wo auch die infiltrierten weichen Häute von ihnen durchsetzt sind; gelegentlich Spirochäten im Lumen von Venen. In den peripheren Rindenschichten der Gehirnssubstanz nicht selten spirochätenartige Gebilde, die sich wegen der Ähnlichkeit mit gewundenen Nervenfasern doch nicht mit der wünschenswerten Sicherheit differenzieren lassen. Im Rückenmark Spirochäten sehr reichlich im Lumen von Venen, dem Endothel angeschmiegt, die Wand durchsetzend, auf die weichen Häute ausgebreitet ohne stärkere Zellinfiltrate, in der Lissauer'schen Randzone und weiter in der weissen Substanz, wobei sie in dem gliösen Balkenwerk zwischen den erweiterten Maschen vordringen; Nervenbündel der hinteren Wurzel sind hier und da von den Venen aus von Spirochäten durchsetzt; spärliche Spirochäten im Zwischengewebe des Hodens und in den venösen Gefässen des Nebenhodens, keine Spirochäten in Milz, Leber, Nebenniere, Leisten- und Halsdrüsen. Fahr (23, 24) hat einen Fall demonstriert, der 9 Wochen nach dem Primäraffekt im Sekundärstadium der Syphilis plötzlich zusammenbrach, und innerhalb kurzer Zeit im Koma starb. Die Sektion ergab etwas sulzige Verdickung der Meningen am Stirnhirn, die bei der histologischen Untersuchung sich als aus massigen Infiltraten bestehend erwies, die auch die intrazerebralen Gefässe als Mantel umschiedeten; in dieser Infiltration sowohl wie innerhalb der Gefässe fand man massenhaft Spirochäten. Ein Präparat dieses Falles habe ich bei Jähnel gesehen,

die Fibrillendarstellung in dem Präparat verhindert die Erkennung, ob in näherer oder weiterer Entfernung von den Gefässen Spirochäten im Hirngewebe liegen. Schliesslich ist noch ein Fall von Verhoeff (91) zu erwähnen, bei dem 7 Monate nach der Infektion ein doppelseitiges Augenleiden begann mit Stauungspapille, Glaskörpertrübung, Iritis, Exophthalmus und Lidödem, 20 Monate nach der Infektion wurde ein Auge enukleiert; es fand sich ein Syphilom des Optikus und der Papille, überall im Optikus fanden sich Spirochäten sehr zahlreich, besonders in den zentralen Teilen, auch in den thrombosierten Zentralgefässen in beträchtlicher Menge, sie fehlten nur im subvaginalem Granulationsgewebe; die histologische Untersuchung liess nicht erkennen, ob es sich um ein sekundäres oder tertiäres Luesstadium handelte, wahrscheinlich kann man den Fall zu den Neurorezidiven rechnen.

Um die an sich naheliegende Unterscheidung der Hirnlues als mesodermaler von der Paralyse als ektodermaler Spirochätenerkrankung genügend sicher zu begründen, fehlen also noch ausreichende Spirochätenuntersuchungen bei der Hirnlues, eine unverkennbare Schwierigkeit für die Bearbeitung dieser Frage ist, dass nicht wenige Fälle von Hirnlues, besonders unter den Insassen unserer Irrenanstalten, sich schliesslich zu atypischen oder typischen Paralysen entwickeln; auf solche Ausgänge der Hirnlues haben Nonne (72) und Jakob und Kafka (45) hingewiesen, auch das Material unserer Anstalt zeigt diese Erscheinung, so dass es nicht leicht ist, in den Besitz eines Falles von Hirnlues zu kommen, der auch nach der histologischen Untersuchung als solcher bezeichnet werden kann.

Dem Rahmen dieser Art Annahmen über die Unbeeinflussbarkeit der Paralyse fügen sich die Beobachtungen über günstige Beeinflussung mancher Paralytiker ein, wenn man die Abweichungen vom Typus der Spirochätenverteilung berücksichtigt. Der Typus ist die Verteilung der Spirochäten im Gehirn ohne Beziehungen zu Gefässen. Durch Jahnke's und meine Untersuchungen ist genügend erwiesen, dass bei manchen Fällen von Paralyse neben der typischen Verteilung im Gewebe fern vom Gefässsystem auch Beziehungen der Spirochäten zu den Gefässen bestehen, bei einigen Fällen in bemerkenswertem Umfang, bei ganz vereinzelt in ausserordentlicher Ueppigkeit. Wenn Spirochäten im mesodermalen Gewebe beeinflussbar sind, im ektodermalen nicht, so erklären diese Befunde vollauf die Beeinflussbarkeit mancher Paralytiker, indem der mesodermale Anteil der Spirochäten vernichtet und dadurch eine Entlastung des Paralytikers erzielt werden kann, der ektodermale Spirochätenanteil aber, der für die Paralyse typisch ist, ungestört weiterwirkt.

Jahnel hat die Beobachtungen von Durchwachsung der Gefäßwand durch Spirochäten und ihr Entlangwuchern in der Gefäßwand so gedeutet, dass aus dem nervösen Gewebe die Spirochäten in die Gefäße eindringen und zur hämatogenen Aussaat kommen können.

Nur im nervösen Gewebe und zwar in der grauen Substanz fänden die Spirochäten beim Paralytiker günstige Bedingungen zur Niederlassung und Vermehrung, die in verschiedenen Hirnstellen regionär fortschreite und gelegentlich zu neuem Einbruch in die Blutbahn führe, er sagt: „Wir hätten demnach bei der Paralyse einerseits eine Ausbreitung der Parasiten durch Wanderung im Nervengewebe, mitunter nach erfolgter Rezidivbildung an Ort und Stelle in einem früheren Zeitraum liegen gebliebenen Virus, andererseits eine vom Gehirn ausgehende und in dasselbe zurückgehende Aussaat auf dem Blutwege anzunehmen. Demnach ist bei der Paralyse das nervöse Parenchym des Zentralnervensystems der nie erlöschende und stets sich erneuernde Infektionsherd, von dem aus wohl Parasiten ins Blut gelangen, aber wieder aus diesem ins Nervengewebe zurückkehren“. Jahnel meint, dass die bei dieser Art von Reinfektion ins Blut ausgesäten Spirochäten bei der Paralyse in den anderen Organen zu Grunde gehen, in der Hirnrinde aber günstige Ernährungsbedingungen finden und nur dort die zufällig dorthin gelangten Keime sich entwickeln können; das könne man allerdings eine Art Neurotropismus oder streng genommen Polioencephalotropismus nennen, wobei nicht daran zu denken sei, dass die Spirochäten von der Hirnrinde angezogen würden oder sie willkürlich aufsuchten. Raecke (78) sieht in der Annahme der Reinfektion aus dem Gehirn in die Blutbahn eine Ermutigung zur nicht resignierenden, häufigen Zufuhr kleiner Salvarsanmengen in den Blutkreislauf auch gerade zur Zeit paralytischer Anfälle in der Hoffnung, die Reinfektion und ihre Ursache, offene Spirochätenherde, zu bekämpfen.

Für die Frage, ob überhaupt eine hämatogene Aussaat der Spirochäten vorkommt, ist der Nachweis der Spirochäten in der Blutbahn von grundlegender Bedeutung. Impferfolge mit Paralytikerblut hatten Graves und Levaditi, Jahnel macht darauf aufmerksam, dass in der Arbeit von Levaditi, A. Marie, Bankowski Spirochäten im Lumen von Gefäßen gezeichnet seien, die aber vom Zeichner aus einer anderen Ebene eines Schrägschnittes versehentlich in das Gefäß gezeichnet sein könnten, zumal die Autoren diesen auffallenden und wichtigen Befund nicht ausdrücklich betonen; einwandfrei seien also Spirochäten in der Blutbahn von Paralytikern auf histologischem Wege noch nicht festgestellt. Die Lücke wird durch meinen Befund im Falle 16 ausgefüllt.

Die Figur 5 auf Taf. VII zeigt eine deutliche Spirochäte im Lumen eines quergeschnittenen Gefässes, also in der Blutbahn.

Die bei der Frage der Unbeeinflussbarkeit der Paralyse bisher erwähnten Befunde und auf sie gestützten Annahmen werden durch weitere histologische und Spirochätenuntersuchungen der Paralyse und Hirnlues gefördert werden müssen. Möglicherweise findet sich die Begründung der Unterschiede und Beziehungen von Hirnlues und Paralyse in einer sinngemässen Zusammenordnung der histologischen und Spirochätenbefunde zu gewissen Zeiten und unter Umständen in einem schubweisen Wechsel. Mein Fall 13, bei dem neben der Spirochätenverteilung fern von Gefässen auch reichliche Spirochätenlagerung in Gefässwänden bestand, ist durch seine endarteriitischen Wucherungserscheinungen jedenfalls bemerkenswert.

Neben den bisher genannten, auf histologischen Befunden aufgebauten Annahmen über wichtige Merkmale des paralytischen Krankheitsprozesses stehen die der Immunitätslehre entnommenen Ueberlegungen. Ehrlich (14) hat die Lehre von den hohen Rezidivstämmen der chronisch rekurrierenden Erkrankungen, als deren Typus man die Trypanosomenkrankheiten bezeichnen kann, auf die Paralyse angewendet und damit Wechsel von Krankheitsschüben und Remissionen erklärt, er sagt: „So kann man sich leicht vorstellen, dass die im Gehirn vorhandenen Spirochäten, wenn sie eine gewisse Wucherungsintensität erreicht haben, schliesslich einen potenten Antikörper auszulösen, der mehr oder weniger die im Gehirn vorhandenen Spirochäten abtötet und so eine scheinbare Heilung, die Remission, einleitet. Eine Neuerkrankung folgt dann, wenn die vereinzelt zurückbleibenden Spirochäten sich dem Antikörper angepasst haben und so eine neue Propagation gewinnen. Auf diese Weise kann man sich das Wesen der Remissionen klar machen und wird auch verstehen, warum man in einem grossen Teil der Fälle von Paralyse keine Spirochäten findet, man hat eben dann die Untersuchung in dem spirillolytischen Intervall ausgeführt.“ „Es ist anzunehmen, dass sich bei der Paralyse, die ja solange nach der Infektion aufzutreten pflegt, offenbar ein Rezidivstamm vorfinden muss, der in seinen biologischen Eigenschaften von der die frischen Infektionen bedingenden Spirochäten weitgehend verschieden sein kann, und ich vermute, dass diese Verschiedenheit auch in einer Resistenz gegen die therapeutischen Agentien zutage tritt.“ Diese Annahmen des Biologen sind die notwendige Ergänzung für die anatomisch begründeten über das Wesen des paralytischen Krankheitsprozesses, nur das Problem der Beeinflussbarkeit der Paralyse beleuchten sie von einer anderen Seite und sehen es begründet in der Eigenschaft des Syphiliserregers, nicht

in seiner Lagerung. Wie sich beide Ansichten vereinigen lassen, wird weitere Forschung lehren, keine schliesst bisher die andere aus.

Die Eigenart der Paralyse, erst lange Zeit nach der syphilitischen Infektion klinisch in Erscheinung zu treten, hat eine Reihe von Gedankengängen und Forschungen aufgerollt. Aus der Erörterung der langen Inkubationszeit wurde dabei die Frage nach dem Beginn des paralytischen Prozesses. Anatomisch ist die Frage berechtigt, da auch die klinisch frischen Paralysen histologisch einen erstaunlich ausgebreiteten und vorgeschrittenen Grad von Hirnrindenverwüstung zeigen, der die Möglichkeit nahelegt, dass beim Inerscheintreten der Paralyse der paralytische Prozess schon lange bestand. Die klinische Beobachtung rudimentärer Symptome am Zentralnervensystem von Luetikern (isolierte Pupillenstarre, Reflexanomalien), die Häufigkeit derluetischen Aortitis bei Paralytikern und Tabikern verwiesen darauf, die Klärung dieser Fragen auf die Forschung am Luetiker, nicht am Paralytiker zu stützen und den Luetiker von der Infektion an zu verfolgen. Alzheimer (3) hat erwähnt, dass sich in nicht seltenen Fällen bei früheren Luetikern eine manchmal gar nicht unerhebliche Anhäufung von Lymphozyten und Plasmazellen in den Meningen findet, wenn auch gar keine Erscheinungen einer nervösen oder kortikalen Erkrankung vorlagen.

Wohlwill (96) beschäftigt sich mit den pathologisch-anatomischen Veränderungen am Zentralnervensystem von klinisch nervengesunden Syphilitikern; er fand bei einer Syphilitischen, die ein Vierteljahr nach der Infektion an Tuberkulose starb, keine Veränderung am Zentralnervensystem, bei 42 Fällen von Spätformen erworbener Syphilis zeigten 20 keine auf Syphilis zu beziehende Veränderungen an Gehirn und Rückenmark, 6 perivaskuläre Infiltrate, die möglicherweise durch Syphilis bedingt waren, 3 kleine Zerfallsherde im Gehirn anscheinend im Zusammenhang mit Kapillarveränderungen, die ins Gebiet der Endarteriitis der kleinen Hirngefässe gehören, 3 infiltrativ meningitische Prozesse an Hirn- und Rückenmarkspia, 1 ein kleines Granulom an der Pia, 8 Paralyse, Tabes oder Hirnsyphilis (bei diesen 8 Fällen war die neurologische Untersuchung intra vitam nicht möglich gewesen, da sie moribund oder wegen schwerer anderer Leiden in extremen Stadien zur Aufnahme gekommen waren, sie können also eigentlich nicht als klinisch nervengesunde Luetiker bezeichnet werden), 1 ungewöhnlich frühes Stadium der Tabes.

Die vorliegenden spärlichen pathologisch-anatomischen Befunde am Zentralnervensystem von Luetikern zeigen also bisher, dass Veränderungen bei einer ziemlich beträchtlichen Zahl

klinisch Nervengesunder vorkommen, vermitteln aber noch keine Ansicht über Umfang und Bedeutung dieser Veränderungen und ihre Beziehung zur paralytischen Erkrankung.

Die Anwesenheit von Spirochäten im Liquor cerebrospinalis im frühen Stadium der Syphilis ist nachgewiesen durch einen positiven Impferfolg von E. Hoffmann (41) mit Lumbalflüssigkeit von einem Patienten mit sehr dichten papulösen Exanthemen, von Steiner (81) gemeinsam mit Mulzer durch Impferfolg mit Liquor bei 3 von 20 Lues II-Kranken, deren Liquor weder Zell- noch Eiweissvermehrung, noch Wassermann'sche Reaktion hatte (Inkubation 3—4 Monate), von Arzt und Kerl (4) in 2 Fällen von Lues II, von Frühwald und Zaloziecki (31) in 1 Fall von 4 mit Lues II mit frischen, 2 Fällen von 7 von Lues II mit älteren Eruptionen (Inkubation 7 und 12 Wochen). Nichols und Hough (65) hatten Impferfolg mit Liquor bei einem Fall von zerebrospinaler Lues 8 Monate nach der Infektion. Nichols (66) legt diesem Stamm folgende Charakteristika bei: dicke Formen, sie erzeugen harte demarkierte Veränderungen mit nekrotischem Zentrum, charakteristisch lokalisiert, es bestand nur kurze Inkubationszeit, dagegen neigte die erzeugte Veränderung dazu, nach lokaler Inokulation im Testikel und Skrotum zu generalisieren, insbesondere mit Haut- und Augenerscheinungen. Spirochätennachweis im Liquor mittels des Mikroskops ist erbracht von Dohi und Tanaka (10) mit Giemsa-färbung bei Lues II, von Sezary und Paillard (81) mit Ultramikroskop bei einer Frau mit papulo-ulzerösem Syphilid und totaler linksseitiger Hemiplegie, von Gaucher und Merle (32) mit Ultramikroskop bei einem Fall von Hirnherden 7 Monate nach der Infektion.

Wesentlich gründlicher erforscht ist das Schicksal der Luetiker von der Infektion an mittels der Zerebrospinalflüssigkeitsuntersuchung. Krankhafte Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit früherer Luetiker wurden zuerst von den Franzosen, dann von anderen Untersuchern festgestellt. Zusammenfassende Bearbeitung grösseren Materials durch Untersuchung von Wassermann'scher Reaktion, Eiweissgehalt, Nonne's Phase I, Zellzahl, Druckmessung von Dreyfus und Altmann (1, 11, 12, 13) kamen zu dem Schluss, dass bei der unbehandelten Lues im Frühstadium eine überwiegende Zahl (80 pCt.) einen krankhaften Zustand des Liquors zeigte, dass zuweilen diese krankhafte Veränderung des Liquors, die vorher nicht nachweisbar war, durch Behandlungsbeginn provoziert werden könne, aber im allgemeinen unter Fortführung systematischer Behandlung verschwinde, dass bei Lues III und in der Latenzzeit aber nur bei etwa 23 pCt. krankhafte Veränderungen des Liquors gefunden wurden. Aus der grossen Prozentzahl der

krankhaft veränderten Liquores in der Frühperiode ist auf eine frühzeitige und überraschend häufige Mitbeteiligung des Zentralnervensystems in dieser Zeit der allgemeinen Durchseuchung des Körpers zu schliessen, aus dem Zurückgehen dieser Prozentzahl bei der Spät- und Latenzperiode auch bei unzulänglicher Behandlung auf eine therapeutische und spontane Beeinflussbarkeit dieser Mitbeteiligung. Auffällig ist, dass die Zahl der schweren Liquorveränderungen bei Lues II (33 pCt.) der Prozentzahl der Liquorveränderungen in Spät- und Latenzstadium (23 pCt.) genähert ist. Gennerich (33) kam auf Grund eines grossen Materials zu ähnlichen Ergebnissen, ebenso Wechselmann und Dinkelacker (94).

Diese Untersuchung führen zur Ueberzeugung, dass in frühem Stadium der Lues eine Liquorveränderung mindestens sehr häufig ist, und sich im weiteren Verlauf auch spontan bei einer Anzahl von Fällen zurückbilden kann, bei einer Anzahl aber persistiert. Die eben angeführten Liquoruntersuchungen waren inauguriert durch die Forderung einer zu Beginn der Salvarsanära gehäuft auftretenden und die Aufmerksamkeit auf sich ziehenden besonderen Gruppe von Krankheitserscheinungen, der Neurorezidive. Diese Neurorezidive, die in Beziehung zu setzen sind mit anderen Monorezidiven, werden von Ehrlich und seinen Schülern, insbesondere Benario (6), sowie von Gennerich u. a. aufgefasst als hirnsyphilitische Herdsymptome, die fast ausschliesslich an die frühe Sekundärperiode der Lues gebunden sind, im allgemeinen als eine Folge insuffizienter Behandlung mit antisiphilitischen Mitteln entstehen und zwar nur da, wo schon vor der Behandlung Spirochäten im Gehirn vorhanden waren. Sie stellen eine besonders frühe Form der herdförmigen meningoenzephalitischen Hirnlues dar.

Vorzugsweise auf den auf sie bezüglichen Beobachtungen ist eine systematische Erklärung des Verlaufs derluetischen Infektion, die auch für das Wesen des metaluetischen Prozesses von grösster Bedeutung ist, aufgebaut: Bei frischen Luesfällen erstreckt sich die Durchseuchung des Körpers auch auf die Meningen. Bei Rezidiven nimmt die Zahl der Herde und die Zahl der Spirochäten im allgemeinen ab, so dass schliesslich im späten Stadium nur ganz vereinzelte Herde mit spärlichen Spirochäten vorhanden sind. Das beruht auf den vom Körper mitbewirkten Immunisierungsvorgängen, der Antikörperbildung, die nach jedem Rezidiv sich progredient steigert, einer Anzahl von Spirochäten die Entwicklungs- und Expansionsfähigkeit nimmt und nur den hohen Rezidivstämmen eine lokalere Wirkungsfähigkeit erlaubt. Abtötung eines Teiles der Spirochäten durch Behandlung verursacht eine Hinderung der Immunvorgänge, der Antikörperbildung, so dass die spärlich

im Organismus gebliebenen Spirochäten auch eines niedrigen Rezidivstammes am Ort ihrer Lage zu üppiger Tätigkeit gelangen können. So wird die Entstehung des Neurorezidivs gerade durch insuffiziente Behandlung erklärt, die Monorezidive entstehen durch Einschränkung der Allgemeininfektion, diese Einwirkung entsteht durch Immunvorgänge oder therapeutische Beeinflussung, die insuffiziente therapeutische Beeinflussung begünstigt die Entwicklung der lokalisierten Monorezidive.

Es muss erwähnt werden, dass nicht alle Autoren in Neurorezidiven lokalisierte Früherkrankungen an lediglich durch die Spirochäten bedingter Hirnlues sehen, sondern die Arsenschädigung im Auge behalten, sei es, dass sie nur eine unmittelbare toxische Salvarsaneinwirkung auf das Nervengewebe annehmen, oder die Möglichkeit, dass die Arsenschädigung des Nervengewebes die Entwicklung lokaler Syphiliswirkung als in einem künstlich geschaffenen *locus minoris resistentiae* begünstigt [siehe Stern (88), Mentberger (61)].

Zur endgültigen Stellungnahme zur Frage der Neurorezidive fehlen bisher Befunde von genauen histologischen und Spirochätenuntersuchungen bei denselben.

Derartige Untersuchungen sind für die Paralysefrage von grundlegender Bedeutung. Vielleicht werden sie im Verein mit weiteren Untersuchungen der Hirnlues die Brücke zum Verständnis der Paralyse schlagen.

Eine solche Brücke glaubt Gennerich (34, 35) jetzt schon schlagen zu können mit folgenden Annahmen: Die Liquorinfektion ist im frühen Sekundärstadium der Lues allgemein und kann spontan durch allgemeine Immunvorgänge oder therapeutisch beeinflusst heilen oder kann persistieren. Ihr Haften erzeugt eine chronische Entzündung der Pia, die schliesslich zur Funktionsstörung der Pia durch Erschöpfung führt. Tritt infolge des Rückgangs der Allgemeindurchseuchung des Körpers der Anlass zur Rezidivbildung der meningealen Infektionsherde in Wirkung, so entsteht die Hirnlues, solange noch keine Funktionsstörung der Pia eingetreten ist. Die Funktion der Pia ist: das Nervengewebe vom Liquor abzuschliessen. Die „Funktionsstörung“ oder „Umstimmung“ oder „funktionelle Durchlöcherung“ oder „Permeabilität“ der Pia schliesst Gennerich aus der Abwanderung der syphilitischen Reaktionsprodukte in den Liquor, und dem Ergebnis der Weil-Kafka'schen Reaktion, Uebertritt der menschlichen Normalhämolyse für Hammelblutkörperchen bei Paralyse. Die Funktionsstörung der Pia bewirkt Einbruch des Liquors in das nervöse Parenchym, „die auf diese Weise zustande gekommene Liquordiffusion, deren Wirkung uns bereits makroskopisch durch die sulzige Beschaffenheit der Rinde eines

Paralytikern eben die nicht gummöse Erweichung entgegentritt, macht uns den Abstand der histologischen Befunde und der therapeutischen Zugänglichkeit der syphilitischen Meningoenzephalitis und der Paralyse verständlich.“ Die Spirochäten brechen mit dem Liquoreinbruch ins Parenchym ein, alle Abwehrvorgänge, die dieses gegen die Spirochäten bildet, wandern durch Auslaugung (Diffusion) in den Liquor ab. „Wir finden daher bei Metalues wohl noch die Lymphscheideninfiltrate — übrigens ein schöner Beleg für die Herkunft der Plasmazellen —, aber im Gewebe völlige Auslaugung aller lymphozytären Elemente, eben die sogenannte primäre Degeneration“, alle anatomischen Befunde führt Gennerich auf auslaugende Liquordiffusion zurück, selbst die Stäbchenzellen und Fettkörnchenzellen, indem die Zellen zum Teil erheblich schrumpfen, zum Teil die in ihnen enthaltene Fettsubstanz nicht mehr festzuhalten vermögen. Gennerich baut seine Annahme auf auf Befunden der Liquoruntersuchungen, der Immunforschung, der histologischen Untersuchung, indem er Befunde, Deutung und Schlüsse in buntem Wechsel ineinander greifen lässt. Stern (88) bezeichnet die Liquorbefunde Gennerich's, die ihn zur Annahme der allgemeinen Liquorinfektion im früheren Sekundärstadium der Lues führten, als einer kritischen Nachprüfung bedürftig, indem er auf Unstimmigkeiten in Gennerich's Tabellen hinweist, er warnt weiterhin davor, krankhafte Veränderung des Liquors als bindenden Beweis wirklich dauernder spezifischer anatomischer Gewebsveränderungen ohne weiteres anzunehmen, sie beweisen nur, dass Reaktionerscheinungen an den serösen Häuten des Rückenmarks vor sich gehen. Die Funktion, welche Gennerich der Pia zuschreibt (Abschluss des Nervengewebes vom Liquor), ist unerwiesen. Dass die Pia bei der Paralyse gestört ist, ist nach dem anatomischen Befunde klar, eine Funktionsstörung im Sinne Gennerich's aber ist durch die anerkannte veränderte Permeabilität für hämolytische Normalambozeptoren und einiges andere noch nicht erwiesen. Die Verwendung, die Gennerich von anatomischen Befunden macht, muss abgelehnt werden:

Die Annahme, dass die Spirochäten mit dem Eintritt der Funktionsstörung der Pia, dem Beginn der Paralyse nach Gennerich, in das Nervengewebe einbrechen, ist eine bisher aprioristische unerwiesene Annahme, die oben angeführten allerdings noch spärlichen Befunde über die Spirochätenlagerung bei der Hirnlues sprechen dagegen. Die „bereits makroskopisch sulzige Beschaffenheit der Rinde des Paralytikers“ ist eine falsche Beobachtung oder eine falsche Verallgemeinerung einer seltenen Beobachtung. Die Auslaugung von zelligen Bestandteilen aus dem Nervengewebe und die Veränderung anderer zelliger Elemente

durch Liquordiffusion (z. B. die Stäbchenzellen) erscheint bisher unglaublich; dass auf diese einfache Weise die sogenannte primäre Degeneration entsteht, die also gar keine primäre wäre, sondern ein unendlich vorgeschrittener Endzustand, ist eine ganz unbegründete Lösung der Streitfrage der Priorität und der Beziehungen entzündlicher und degenerativer Veränderungen bei der Paralyse, einer Streitfrage, die gerade in letzter Zeit in der Rüstung der Hirnhistologie wieder lebhaft erörtert worden ist und in der man die Lösung der gegenwärtigen Verstrickung wohl nur durch die Stellungnahme Nissl's erhoffen kann. Die Annahmen Gennerich's über Entstehung und Wesen der Paralyse müssen also bisher abgelehnt werden.

Die in den Eigenarten der Paralyse liegenden Schwierigkeiten, aus der Syphilis allein die Entstehung der Paralyse zu erklären, haben zur Lues nervosa-Frage geführt, der Annahme, dass es eine besondere Varietät des syphilitischen Virus gäbe mit ausgesprochener Fähigkeit, das Zentralnervensystem zu schädigen (*Syphilis a virus nerveux*). Ihre Hauptstützen sind: 1. Die Beobachtung paralytischer und tabischer Gruppenerkrankungen bei Personen, die sich an der gleichen Quelle mit Lues infiziert hatten [Morel und Fournier, Babinski, Marie und Beaussart, Mott, Brosius, Erb, Nonne, Mörchen (63)]. Diesen Beobachtungen kann man aber nur die Bedeutung von Anregung, nicht Beweiskraft für die Lues nervosa zuerkennen, zumal eine Beobachtung Eichelberg's (19) vorliegt, dass aus einer Gruppeninfektion von 13 Personen mit im wesentlichen gleicher Behandlung nur je 1 an Paralyse bzw. Tabes erkrankte. 2. Das häufige Vorkommen der konjugalen und familiären Metalues [O. Fischer (27) u. A.]; auch diesen Beobachtungen kann man bei den komplizierten Möglichkeiten, die sich aus statistischen Feststellungen ergeben, nur die Bedeutung von Anregungen, nicht von Beweiskraft zuerkennen [siehe Seelert (80), von Rohden (79)]; 3. Die besonders von Erb und Fournier (30) einwandfrei nachgewiesene Tatsache, dass nach leichtem Verlauf der Lues sehr oft, nach schwerem Verlauf der Lues relativ selten Metalues beobachtet wird [O. Fischer (27)]; diese Erscheinung wird von Fournier durch nachlässige Behandlung der leichten Verlaufsformen der Lues erklärt, sie wird von Plaut (74) unterstrichen durch die Erwähnung, dass die bei den Eingeborenen der tropischen und subtropischen Länder sehr verbreitete und mangelhaft behandelte Lues meist einen schweren Verlauf nehme und doch sehr selten zur Metalues führe. Dass bei den Eingeborenen der tropischen und subtropischen Länder die Metalues so ausserordentlich selten sei, kann noch nicht als Lehrsatz neurologisch-psychiatrischer Wissenschaft und als sichere Grundlage von weiteren Hypothesen an-

erkannt werden; nach Zusammenstellung von E. Sioli (82) geben verschiedene Beobachter sehr verschiedene Häufigkeitszahlen an, es liegt daher die Möglichkeit nahe, dass dem nicht eingeborenen, besonders dem reisenden, Beobachter die Diagnose vieler Fälle entgeht. Plaut denkt aber zur Erklärung daran, dass die an Metalues erkrankenden Personen möglicherweise von vornherein gegenüber der Lues eine einheitliche und besondere Reaktionsweise darbieten, schiebt also die Erscheinung ins Gebiet der endogenen Ursachen. Inzwischen steht für die Häufigkeit der Metalues nach mildem, ihre Seltenheit nach schwerem Verlauf der Lues eine ansprechende Erklärung aus dem Gebiet der Immunitätslehre zur Verfügung: dass der milde Verlauf der Lues eine nur geringe Antikörperbildung verursacht und so die schleichende Entwicklung chronischer lokaler Spirochätenwucherung begünstigen kann; aus der Lues nervosa-Frage dürfte die Erscheinung ausgeschieden sein.

Nachdem die Spirochaete pallida als Erreger der Lues anerkannt war, hat sich die Lues nervosa-Frage vom syphilitischen Virus auf die Spirochäte umgestellt. Die Fragestellung hat jetzt verschiedene Möglichkeiten, deren hauptsächliche Formulierungen folgende sind: 1. gibt es eine Abart der Spirochäte, die von vornherein infolge einer besonderen Affinität zum Nervengewebe die Neigung hat, sich im Zentralnervensystem zu lokalisieren oder in diesem vorzugsweise zu gedeihen? [O. Fischer (27), Nonne (72), Levaditi (58)]. Diesen Zustand könnte man als echte oder primäre Neurotropie bezeichnen; 2. können Spirochäten durch den Aufenthalt im menschlichen Körper eine biologische Veränderung erleiden (z. B. Bildung hoher Rezidivstämme durch Immunisierungsvorgänge u. a. m.), die sie zur Lokalisation im Gehirn und dadurch zur Erzeugung der Paralyse befähigt und ihre Unbeeinflussbarkeit erklärt? [Erb (20—22), Ehrlich (14), Forster (29)]. Diesen Zustand könnte man als erworbene oder sekundäre Neurotropie bezeichnen; 3. wird die Spirochäte, nachdem sie im Sekundärstadium zufällig ins Gehirn gelangt ist, dort so verändert, dass sie gegen antiluetische Mittel widerstandsfähig wird und nur dort ihre weitere Entwicklung nimmt [Hauptmann (38)]. Diese Möglichkeit sieht von irgend einer neurotremen Eigenschaft ab und kleidet die Lues nervosa-Frage in ein ganz neues Gewand.

Bevor ich weiter auf die Lues nervosa-Frage eingehe, muss ich an dieser Stelle die Bezeichnung Metalues erörtern, die ich bisher meist für die paralytischen und tabischen Erkrankungen, aber auch bereits im weiteren Sinne Erb's angewandt habe; Erb (21) sagt: „Metasyphilis ist eine besondere Form des von den Luesspirochäten ausgelösten Infektionsprozesses; sie tritt nur im späteren Verlauf der

syphilitischen Infektion in die Erscheinung und beruht wohl auf biologischen Vorgängen, die zu einer weitgehenden Änderung der biologischen Eigenschaften der Spirochätenstämme (bezw. ihrer Antigene und Antikörper) geführt haben. Metasyphilis befällt mit Vorliebe das Zentralnervensystem in allen seinen Abschnitten — ohne deshalb den übrigen Körper und seine Organe zu verschonen“. Erb erörtert die Möglichkeit, Tabes und Paralyse als metasyphilitische Lokalisation im Nervensystem, einen Teil der sogenannten tabischen Symptome aber nicht als eigentlich tabische, sondern lediglich als metasyphilitische aufzufassen (Arthropathie, Osteopathie, Malperforant, Optikusatrophie), statt sie ohne weiteres bei den neurogen bedingten, trophischen Symptomen zu verbrauchen. Diese Auffassung des Altmeisters Erb eröffnet weitreichende Erkenntnis- und Forschungsmöglichkeiten, die zunächst eine breitere Grundlage von Spirochätenbefunden verlangen.

In der weiteren Erörterung der Lues nervosa-Frage ist zunächst zu erwähnen, dass Ehrmann (16—18) auf Grund von Spirochätenbefunden ohne Reaktionserscheinungen in Nerven und Nervenscheiden aus Primäraffekten und in Nerven, die aus grossmakulösen Syphiliden abgingen, eine Propagation der Spirochäten in den Nerven und ihre Fortleitung zum Nervensystem als Entstehungsursache der Metalues für wahrscheinlich betrachtete; Hoffmann (43) betonte demgegenüber, dass man die Spirochäten auch ganz frisch in völlig reaktionslosem Gewebe findet; daher ist bei dem grossen Spirochätenreichtum in der ganzen Umgebung von Syphiliden die Ehrmannsche Annahme ungenügend begründet [Levaditi, Plaut (74)]. Die anderen Begründungen eines Neurotropismus der Spirochäte verlangen den Nachweis, dass sich die Spirochäte der Paralyse bezw. der Metalues von der der Lues noch durch andere Eigenschaften unterscheidet als die Tatsache der Paralyseerzeugung. Dass die Gewebsspirochäte der Paralyse sich morphologisch von der der Lues nicht unterscheidet, ist durch die bisherigen Befunde erwiesen; die Kulturspirochäte der Paralyse ist noch nicht genügend erforscht. Der früher diskutierten Möglichkeit eines Entwicklungszyklus mit Formwechsel der Spirochäte ist durch den Nachweis bei der Paralyse die Wahrscheinlichkeit entzogen [Neumann-Mayer (67)]. Eine färberische Eigenart der Paralysepirochäte war dadurch in Erörterung gezogen, dass Forster und Tomaszewski (28) sie nicht nach Giemsa hatten färben können, dieser Befund ist inzwischen widerlegt.

Ein weites Feld zur Feststellung biologischer Eigenart ist aber durch die experimentelle Tierimpfung eröffnet. Die Impfung kann mit Liquor, Blut oder Hirngewebe von Paralytikern erfolgen.

Impferfolg mit Liquor am Kaninchenhoden hatten Volk und Pappenheim (93) bei 1 von 5 Paralytikern (Inkubation 4 Monate), Mattauschek mit Arzt und Kerl (4) bei 2 von 6 Paralytikern und 2 von 3 Tabikern, von dem einen Impferfolg erzielten sie Fortführung auf die zweite Generation, Frühwald und Zaloziecki (31) bei 1 Fall (Inkubation 3 Monate), Marinesco und Minea (60) bei 1 Fall juveniler Paralyse; dagegen hatte Steiner (87) mit Uhlenhuth und Mulzer bei 19 Fällen keinen Erfolg.

Impferfolg mit Blut am Kaninchenhoden hatte Graves (36, 37) von 2 Paralytikern (Inkubation 48 bzw. 66 Tage), Mattauschek mit Arzt und Kerl (4) bei 1 von 3 Paralytikern und 1 Tabiker, A. Marie und Levaditi (58). Letztere haben mit Paralytikerbluteinspritzung unter die Skrotalhaut beim Kaninchen Hautveränderungen mit zahlreichen Spirochäten erzeugt und diesen Stamm PG weiterverimpft und mit dem Truffi'schen Stamm verglichen; der PG-Stamm hat als Eigenschaften: lange Inkubation (127 Tage bei Ansteckung, 94, 46, 49 Tage bei folgenden Ueberimpfungen), die erzeugten Veränderungen sind oberflächliche Erosionen, die mit Schuppen bedeckt und von einer Infiltrationszone in der Haut umgeben sind, es fehlen Geschwürsbildung, Induration, in die Tiefe gehende Schädigungen, die Haut und Schleimhaut der Scheide in Mitleidenschaft ziehen, wie sie der Truffi-Stamm erzeugt. Mikroskopisch zeigen die Spirochäten des PG-Stammes auffallende Wucherung in der Epithelschicht; die Veränderungen des PG-Stammes heilen auffällig langsam (in 169 und 195 Tagen), der PG-Stamm war nicht auf niedere Affen und Schimpansen übertragbar, er schien nur für Kaninchen pathogen im Gegensatz zum Truffi-Stamm, er erzeugte keine Immunität gegen den Truffi-Stamm und umgekehrt. Marie und Levaditi halten daher die Spirochäte bei Paralyse für eine besonders neurotrope Abart, deren Verwandtschaft zum Nervengewebe die langsame Ausbreitung der Gehirnsymptome erkläre.

Mit Gehirngewebe vom Paralytiker haben Landsteiner und Pötzl 1908 wohl den ersten Impferfolg beim Affen erzielt. Forster und Tomaszewski (28, 29) haben mit dem Gehirnpunktionsmaterial lebender Paralytiker von 53 Fällen an 60 Kaninchen keinen Impferfolg gehabt, Berger (7) aber mit gleichem Material bei 3 von 20 Fällen (Inkubation 81, 110, 69 Tage). Mit Gehirn toter Paralytiker hatten Impferfolg am Kaninchenhoden: Noguchi (70, 71) in 2 Fällen (Inkubation 87 und 102 Tage), Uhlenhuth und Mulzer (90) in 1 Fall (Inkubation 50 Tage) und Wile.

An eine geringe Infektiosität der Paralysepirochäte und an eine lange Inkubationszeit muss man auch nach diesen Befunden denken,

man muss aber berücksichtigen, dass auch mit Luesmaterial die Impferfolge anfangs selten waren und dass die Inkubationszeit auch beim Ausgang von diesem Material schwankend ist.

Am bedeutungsvollsten sind die Befunde von A. Marie und Levaditi über die Unterschiede ihres PG-Stammes gegen den Truffi-Stamm, besonders die Verschiedenheit der erzeugten Veränderungen und das Ausbleiben der Immunisierung für den einen Stamm nach überstandener Impfung mit dem andern. Noch ist aber die Zahl der Impferfolge zu klein, um irgendwelche allgemeine Annahmen sicher begründen zu können.

So ist die Frage der Lues nervosa noch nicht entschieden; das vorliegende Material erlaubt es, an sie in irgend einer ihrer Gestalten zu denken, bis weitere Untersuchungen sie verneinen oder bejahen werden; die notwendigsten Untersuchungen sind Impf- und Kulturergebnisse und sorgfältige Familienforschung.

Bisher muss man aber auch betonen, dass die Annahme einer neurotrophen Eigenschaft oder biologischen Aenderung der Spirochäte für die Erklärung des paralytischen überhaupt metaluetischen Krankheitsvorgangs nicht unbedingt notwendig ist. Die Eigenarten der Metalues können auch lediglich aus der „Verschiedenheit des Terrains“ verstanden werden [Hoffmann (43), Finger (26)]. Diese Verschiedenheit des Terrains kann vielleicht nur in der anatomischen Sonderstellung des Gehirns und seiner Art der Gefäßversorgung (bzw. bei der Aortitis im Aufbau der Gefäßwand usw.) liegen, sie kann auch der Ausdruck anderer individueller Eigenschaften sein. Welche Möglichkeiten solchen endogenen Faktoren zugeschrieben werden können und welche exogenen Momente als Mitursachen in Frage kommen, ist noch kürzlich von Nonne (72), Hauptmann (38), Kafka (52) erörtert. An dieser Stelle gehe ich auf die endogenen und exogenen Ursachen nicht ein, sondern beschränke mich auf die Spirochäte und die mit ihr in Beziehung stehenden Fragen.

Die Forschung hat das Ziel, das Wesen des paralytischen Krankheitsvorgangs zu enthüllen, um aus dessen Verständnis einen Weg zur therapeutischen Beeinflussung zu finden. Die Darstellung der Spirochäte bei der Paralyse hat mancherlei Wege angeschnitten, die dem Ziel näher zu führen scheinen, auf keinem ist bisher das Ziel erreicht und das Wesen des paralytischen Krankheitsvorganges eindeutig sichtbar.

Literaturverzeichnis.

1. Allmann und Dreyfus, Salvarsan und Liquor cerebrospinalis bei Fröh-syphilis nebst ergänzenden Liquoruntersuchungen in der Latenzzeit. Münchener med. Wochenschr. 1913. S. 464.
2. Alzheimer, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der pro-gressiven Paralyse. Nissl's Arb. 1904. Bd. 1.
3. Derselbe, Die syphilitischen Geistesstörungen. Sitzungsber. 1909. All-gem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66. S. 920.
4. Arzt und Kerl, Ueber experimentelle Kaninchensyphilis und ihre prak-tische Bedeutung. Wiener klin. Wochenschr. 1914. S. 785.
5. Behr, Ueber die Ernährung des Sehnerven und ihre Beziehungen zu der Erfolglosigkeit der Therapie der tabischen Sehnervenatrophie. Mün-chener med. Wochenschr. 1917. S. 517.
6. Benario, Ueber Neurorezidive nach Salvarsan- und Quecksilberbehand-lung. München. 1911. Verlag von Lehmann.
7. Berger, Ueber den Nachweis von Spirochäten des Paralytikergehirns im Tierexperiment. Münchener med. Wochenschr. 1913. S. 1921.
8. Bériel, Meine Hirnpunktion und die Untersuchung des Treponema bei Dementia paralytica. Neurol. Zentralbl. 1914. S. 21.
9. Catola, Contributo allo studio dell' anatomia patologica dell paralisi progressiva. Rivista di Patologia nerv. e mentale XV. 1909. fasc. I. Ref. Neurol. Zentralbl. 1910. S. 261.
10. Dohi und Tanaka, Ueber Spirochaete pallida. Japan. Zeitschr. f. Dermat. 1905. Bd. 5. H. 5 u. 6. Zit. nach Frühwald.
11. Dreyfus, Die Bedeutung der modernen Untersuchungs- und Behand-lungsmethoden für die Beurteilung isolierter Pupillenstörungen nach vor-angegangener Syphilis. Münchener med. Wochenschr. 1912. S. 1647.
12. Derselbe, Erfahrungen mit Salvarsan. 1. Die Dosierung des Salvarsans. 2. Die Dosierung des Salvarsans bei Neurorezidiven. Münchener med. Wochenschr. 1912. S. 1801 u. 1857.
13. Derselbe, Ueber Entstehung, Verhütung und Behandlung von Neuro-rezidiven. Münchener med. Wochenschr. 1912. S. 2157, 2233, 2287.
14. Ehrlich, Demonstration eines Präparates mit Spirochäten usw. Sitzungs-ber. Münchener med. Wochenschr. 1913. S. 443.
15. Derselbe, Biologische Betrachtungen über das Wesen der Paralye. All-gem. Zeitschr. f. Psych. 1914. Bd. 71. S. 830.
16. Ehrmann, Ueber Befunde von Spirochaete pallida in den Nerven des Prä-putiums bei syphilitischer Initialsklerose. Deutschemed. Wochenschr. 1906. S. 1115.
17. Derselbe, Ueber Spirochätenbefunde im syphilitischen Gewebe. Verhandl. der Deutschen dermat. Ges. 9. Kongr. Bern 1906.
18. Derselbe, Diskussionsbemerkung. Neurol. Zentralbl. 1913. S. 1340.
19. Eichelberg, Diskussionsbemerkung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 50. S. 59.

20. Erb, Ueber neue Wendungen und Umwertungen der Tabeslehre. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 1913. S. 791.
21. Derselbe, Tabes, rückschauende und nachdenkliche Betrachtungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1914. Bd. 47—48. S. 74.
22. Derselbe, Betrachtungen über die neuesten Grundlagen des Begriffs und des Wesens der Metalues. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1914. Bd. 50. S. 55.
23. Fahr, Sitzungsber. Münchener med. Wochenschr. 1914. S. 1313.
24. Derselbe, Ueber einen Fall von rasch tödlich verlaufender Meningitis luica, neun Wochen nach dem Primäraffekt. Dermat. Wochenschr. 1914. B. 59. S. 1103.
25. Fankhauser, Zu herdförmiger Rindenverödung führende hyaline Degeneration bei progressiver Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1917. Bd. 37. S. 489.
26. Finger, Diskussionsbemerkung. Neurol. Zentralbl. 1913. S. 1341.
27. O. Fischer, Gibt es eine Lues nervosa? Zeitschr. für d. ges. Neurol. u. Psych. 1913. Bd. 16.
28. Forster und Tomaszewski, Untersuchungen über die Spirochäte des Paralytikergehirns. Deutsche med. Wochenschr. 1914. S. 694.
29. Forster, Ueber Spirochätenbefunde bei progressiver Paralyse. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 1913. S. 1523; 1914. S. 70.
30. Fournier, Les affections parasymphilitiques. Paris. 1909.
31. Frühwald und Zaloziecki. Ueber die Infektiosität des Liquors cerebrospinalis bei Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. 1916. S. 9.
32. Gaucher und Merle, Toxiinfection syphil. aigue. An. méd. ven. 1910. S. 426. Zit. nach Frühwald.
33. Gennerich, Die Liquorveränderungen in den einzelnen Stadien der Syphilis. Berlin 1913. Verlag von A. Hirschwald.
34. Derselbe, Die Ursachen der Tabes und Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1915. Bd. 38. S. 341.
35. Derselbe, Die Ursachen der pathologisch-anatomischen Sonderstellung der Metalues. Münchener med. Wochenschr. 1917. S. 1114.
36. Graves, Two successful inoculations of rabbits directly from the blood of general paretics. Med. Journ. 1913. p. 536.
37. Derselbe, Can rabbits be infected bei Syphilis directly from bloods of general paretics? Journ. of the Americ. med. Assoc. 1913. p. 1564.
38. Hauptmann, Zur Frage der Nervenlues speziell über den Einfluss exogener Momente auf die Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1917. Bd. 42. S. 349. 1918. Bd. 44. S. 126.
39. Hoche, Ueber die Tragweite der Spirochätenbefunde bei progressiver Paralyse. (Sitzungsber.) Neurol. Zentralbl. 1913. S. 793.
40. Derselbe, Die Heilbarkeit der progressiven Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1918. Bd. 43. S. 430.
41. Hoffmann, Mitteilungen und Demonstrationen über experimentelle Syphilis, Spirochaete pallida und andere Spirochätenarten. Dermat. Zeitschr. 1906. S. 561.

42. Hoffmann, Aetiologie der Syphilis im Handbuch der Geschlechtskrankheiten. Wien 1910.
43. Derselbe, Diskussionsbemerkung. Neurol. Zentralbl. 1913. S. 1340.
44. McIntosh und Fildes. Brain 37, Zit. nach Jähnel.
45. Jakob und Kafka. Ueber atypische Paralysen und paralyseähnliche Krankheitsbilder mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen und serologischen Untersuchungsergebnisse. Arch. f. Psych. 1913. Bd. 51.
46. Jähnel, Studien über die progressive Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 56. H. 3. Bd. 57. H. 2/3.
47. Derselbe, Ueber Spirochätenbefunde in den Stammganglien bei Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1917. Bd. 42. S. 58.
48. Derselbe, Ueber das Vorkommen von Spirochäten im Kleinhirn bei der progressiven Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1917. Bd. 36. S. 335.
49. Derselbe, Ueber die Lokalisation der Spirochäten im Gehirn bei der progressiven Paralyse. Neurol. Zentralbl. 1917. Nr. 10.
50. Derselbe, Ueber die Spirochaete pallida bei der progressiven Paralyse. Dermat. Zeitschr. 1917. Bd. 24. S. 604.
51. Derselbe, Ueber einige Beziehungen der Spirochäten zu dem paralytischen Krankheitsvorgang. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1918. Bd. 42. S. 21.
52. Kafka, Bemerkungen zu der Arbeit von Hauptmann; zur Frage der Nervenlues. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1918. Bd. 44. S. 56.
53. Krasser, Aetiologische Studie zum Problem der progressiven Paralyse. Wiener klin. Rundschau. 1913. Nr. 3—5. Referat Neurol. Zentralbl. 1913. S. 660.
54. Levaditi, Compt. rend. de l'Académie des Sc. 1913.
56. Levaditi, A. Marie, Bankowski. Le treponème dans le cerveau des paralytiques généraux. Annales de l'Institut Pasteur. 1913. Bd. 27. S. 579.
57. Lissauer-Storch, Ueber einige Fälle atypischer progressiver Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1901. Bd. 9. S. 401.
58. A. Marie und Levaditi, Das Treponema der allgemeinen Paralyse. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1914. Bd. 71. S. 834.
59. Marinesco, Beziehungen zwischen der Spirochaete pallida und der Hirnläsion bei der progressiven Paralyse. (Sitzungsber.) Neurol. Zentralbl. 1913. S. 1457.
60. Derselbe, Nature et traitement de la paralysie générale. Neurol. Zentralbl. 1914. S. 1234.
61. Mentberger, Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Arsenotherapie der Syphilis. Jena. Verlag von Gust. Fischer. 1913.
62. Moore, Ueber das Vorhandensein des Treponema pallidum im Gehirn der progressiven Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16. S. 227.
63. Mörchen, Zur Frage der Lues nervosa. Med. Klinik. 1913. Nr. 43.
64. Mühlens, Treponema pallidum in Prowazeck's Handbuch der pathogenen Protozoen. Leipzig 1912.
65. Nichols und Hough, Demonstration of Spirochaete pallida in the cere-

- brospinal fluid. Journ. americ. med. assoc. 1913. Bd. 60. S. 108. Zit. nach Frühwald.
66. Nichols, Observations on the strain of *Spirochaete pallida* isolated from the nervous system. Journ. of. exp. med. Bd. 19. April 1914.
 67. Neumann-Mayer, Wichtige tierische Parasiten usw. Lehmann's Atlanten. Bd. XI. 1914.
 68. Noguchi und Moore, Demonstration of *Treponema pallidum* in the brain of cases of general paralysis. Journ. exp. med. Bd. XVII. Nr. 2. 1913.
 69. Noguchi, Studien über den Nachweis der *Spirochaete pallida* im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und bei der Tabes dorsalis. Münchener med. Wochenschr. 1913. S. 737.
 70. Derselbe, Dementia paralytica und Syphilis. Berliner klin. Wochenschr. 1914. S. 1884.
 71. Derselbe, The transmission of *treponema pallidum* from the brain of paretics to the rabbits. Journ. of the amer. med. assoc. 1913. Bd. 61. S. 85.
 72. Nonne, Der heutige Standpunkt der Lues-Paralysefrage. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1913. Bd. 49. S. 384.
 73. Derselbe, Syphilis und Nervensystem. 3. Aufl. Berlin 1915.
 74. Plaut-Fischer, Die Lues-Paralysefrage. Referat auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie. 1909. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66. S. 340.
 75. Raecke, Die Lehre von der progressiven Paralyse im Lichte neuerer Forschungsergebnisse. Arch. f. Psych. Bd. 56. H. 3.
 76. Derselbe, Die Bedeutung der Spirochätenbefunde im Gehirn von Paralytikern. Arch. f. Psych. Bd. 57. H. 3.
 77. Derselbe, Die Aussichten der Salvarsanbehandlung bei der progressiven Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1918. Bd. 43. S. 37.
 78. Derselbe, Nochmals die Bedeutung der Spirochätenbefunde im Gehirn von Paralytikern. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1918. Bd. 44. S. 110.
 79. von Rohden, Ueber die Pathologie der Paralytikerfamilie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1917. Bd. 37. S. 110.
 80. Seelert, Untersuchungen der Familienangehörigen von Paralytikern und Tabikern auf Syphilis und damit zusammenhängende nervöse Störungen unter besonderer Berücksichtigung des Infektionstermins dieser Paralytiker und Tabiker. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1917. Bd. 51. S. 329.
 81. Sezary und Paillard, Soc. de Biol. Bull. méd. 1910. S. 232. Zit. nach Frühwald.
 82. E. Sioli, Geisteskrankheiten bei Angehörigen verschiedener Völker. Festschrift d. 39. Versamml. d. Deutsch. anthropolog. Gesellsch. Frankfurt 1908.
 83. F. Sioli, Ueber amyloidähnliche Degeneration im Gehirn. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912. Bd. 12. S. 447.
 84. Derselbe, Diskussionsbemerkung. Deutsche med. Wochenschr. 1913. S. 533.
 85. Derselbe, Ueber die *Spirochaete pallida* bei Paralyse (vorläufige Mitteilung). Arch. f. Psych. 1918. Bd. 59. H. 1.
 86. Sobernheim, Syphilisspirochäte. Kolle-Wassermann's Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. 2. Aufl. 1912.

87. Steiner, Impfexperimente mit Spinalflüssigkeit von Syphilitikern. (Sitzungsber.) Neurol. Zentralbl. 1914. S. 132.
88. Stern, Die Punktion des Rückenmarkkanals in der Diagnose und Therapie der Syphilis. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1916. Bd. 123. S. 943.
89. Strassmann, Zwei Fälle von Syphilis des Zentralnervensystems mit Fieber, der zweite mit positivem Spirochätenbefund im Gehirn und Rückenmark. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1910. Bd. 40. S. 387.
- 90) Uhlenhuth und Mulzer, Weitere Mitteilungen über Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. Berliner klin. Wochenschr. 1913. S. 2031.
91. Verhoeff, Ein Fall von Syphilom des Opticus und der Papille mit Spirochätenbefund. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1910. S. 315.
92. Versé, Ueber Phlebitis syphilitica cerebros spinalis, zugleich ein Beitrag zur Nervensyphilis. Ziegler's Beiträge, 1913. Bd. 56. S. 580.
93. Volk u. Pappenheim, Sitzungsber. Wiener klin. Wochenschr. 1913. S. 1824.
94. Wechselmann und Dinkelacker, Ueber die Beziehungen der allgemeinen nervösen Symptome im Frühstadium der Syphilis zu den Befunden des Lumbalpunktates. Münchener med. Wochenschr. 1914. S. 1382.
95. Witte, Ueber eine eigenartige herdförmige Gefässerkrankung bei Dementia paralytica. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910. Bd. 2.
96. Wohlwill, Pathologisch-anatomische Untersuchungen am Zentralnervensystem klinisch nervengesunder Syphilitiker (mit Einschluss der kongenitalen Syphilis). Arch. f. Psych. 1918. Bd. 59. S. 733.
97. Markus, Spirochaete pallida in den Plasmazellen bei der progressiven Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26. S. 245.

Erklärung der Abbildungen auf Tafeln III—VII.

Tafel III.

Fig. 1. Atypische Formen von Spirochäten. Vergr. 1000—1200. a = Endknopf, Streckung in der Mitte des Leibes. b = Hantelform. c und d = seitliche Knoten durch Verschlingung. g = Einrollung zu Doppelring. h = Ypsilonform. i = Skelettierung.

Fig. 2. Zahlreiche Spirochäten, diffus verteilt, bei 12 Spirochäte in Infiltrationszelle (Fall 15). Vergr. 800.

Fig. 3. Ausserordentlich zahlreiche Spirochäten, diffus verteilt (Fall 15). Vergr. 800.

Fig. 4. Zahlreiche Spirochäten, diffus verteilt (Fall 5). Vergr. 800.

Fig. 5. Spirochäte in Beziehung zum Infiltrat der adventitiellen Scheide (Fall 5). Vergr. 800.

Fig. 6 und 7. Spirochätenanhäufung um eine kleine und eine grosse Ganglienzelle (Fall 9). Vergr. 800.

Fig. 8 und 9. Spirochäten in der Gefässwand (Fall 5). Vergr. 800.

Fig. 10. Spirochäten in der Gefässwand (Fall 13). Vergr. 800.

Fig. 11. Sehr zahlreiche Spirochäten in der Umgebung eines Gefässes, diffus verteilt (Fall 9). Vergr. 800.

Tafel IV.

Fig. 1—6. Diffuse Spirochätenverteilung, viele Etnrollungsformen, Beziehungen zur Gefässwand (Fall 13). Vergr. 800.

Fig. 7. Beziehung der Spirochäten zur Gliazelle, bei gl. 2 Gliakerne, bei a eine abgeknickte, bei b eine eingerollte Spirochäte im Protoplasma der Gliazellen (Fall 12). Vergr. 800.

Fig. 8. Spirochäten in der Molekularschicht des Kleinhirns (Fall 9). Vergrößerung 800.

Fig. 9—13. Bienenschwarmartige Spirochätenkolonien. (Fig. 10. Uebersichtsbild, bei k Spirochätenkolonien. Vergr. 80. Fig. 9. Vergr. 800. Fig. 11 bis 13. Vergr. 1200.)

Tafel V.

Alkoholmaterial, Toluidinblaufärbung.

Fig. 1 und 2. Unterschied der Veränderungen von benachbarten Stellen aus dem gleichen Schnitt des Falles 5. Vergr. 60.

Fig. 3 und 4. Rindenatrophie aus dem rechten Gyrus rectus des Falles 14. (Lissauer'sche Paralyse). Vergr. 60.

Fig. 5. Endstadium der Nervenzellveränderung aus der atrophischen Rinde des Falles 14 (Lissauer'sche Paralyse). Vergr. 800.

Fig. 6. Nervenzellveränderung aus der atrophischen Rinde des Falles 15 (Lissauer'sche Paralyse). Vergr. 800.

Tafel VI.

Fig. 1—3. Alkoholmaterial, Toluidinblaufärbung.

Fig. 1. Nicht atrophische Rinde aus dem rechten Gyrus rectus des Falles 15. Vergr. 60.

Fig. 2. Atrophische Rinde aus der entsprechenden Stelle des linken Gyrus rectus des gleichen Falles. Vergr. 60.

Fig. 3. Nicht atrophische Rinde aus dem rechten Gyrus rectus mit lokaler Ernährungsstörung. Vergr. 60.

Fig. 4—6. Spirochätenfärbung, Uebersichtsbilder der Rinde von Fall 16. Vergr. 60.

Fig. 4. Uebersicht der ungeheuren Spirochätenanhäufung an Gefässen.

Fig. 5. Dasselbe mit Ablagerung von homogener Substanz.

Fig. 6. Ablagerung der homogenen Substanz ohne Spirochäten.

Tafel VII.

Fall 16. Vergr. 800.

Fig. 1. Ungeheure Spirochätenmenge in Gefässwand und Umgebung.

Fig. 2. Spirochäten in der Gefässwand.

Fig. 3 und 4. Ablagerung von homogener Substanz in der Gefässwand und der adventitiellen Scheide mit Spirochäten.

Fig. 5. Spirochäten in Gefässwand, dem Infiltrationszellmantel und im Gefässlumen (bei sp).

Fig. 6. Ablagerung von homogener Substanz ohne Spirochäten.

XX.

**Einwirkung äusserer Ereignisse auf
psychogene Dämmerzustände.**

Von

E. Meyer (Königsberg i. Pr.).

Die Kriegserfahrungen haben uns in Uebereinstimmung mit denen der Friedenszeit gelehrt, dass es mit Unlustgefühl verbundene äussere Ereignisse sind, die zu psychotischen Erscheinungen psychogener Art führen, insbesondere sind Konflikte mehr oder weniger krimineller Natur, Verschüttungen, Granat-Explosionen u. dgl. m., auch körperliche Krankheiten solche Ursachen, wobei Kriegsunlust und Kriegsüberdruß mehr oder weniger unbewusst wesentlich mitspielen.

Unter den Psychosen psychogener Herkunft nehmen die meisten die Form der Dämmerzustände, insbesondere des Ganser'schen Dämmerzustandes an. Während manche Fälle von selbst in kurzer Zeit abliefen, zogen sich andere, abgesehen von denen, bei welchen besondere therapeutische Eingriffe im Sinne des Nonne'schen oder Kaufmann'schen Verfahrens vorgenommen wurden, nicht selten — auch bei weitgehender Vernachlässigung zu Heilzwecken — über eine Reihe von Monaten hin. Häufig war auch eine Neigung zu Rezidiven, sei es infolge von Verlegung oder durch irgendwelche neue äussere Eindrücke, aber auch ohne solche aus der psychopathischen Veranlagung an sich heraus.

Zur Zeit der Revolution befanden sich vier psychogene Dämmerzustände in unserer Beobachtung, zum Teil von schon recht erheblicher Dauer. Es schien mir von wesentlicher Bedeutung, bei ihnen die Einwirkungen des Umsturzes, durch die der Zwang des Kriegsdienstes wie des militärischen Dienstes überhaupt und die etwaigen Nachwirkungen militärischer Vergehen, also gerade die Hauptursachen psychogener Dämmerzustände im Kriege, mit einem Schlage beseitigt wurden, zu beobachten.

Hermann E., 19 Jahre. Seit 1. 12. 17 Soldat. 11. 6. 18 in ein Lazarett aufgenommen, nachdem er sich aus einem Rekruten-Depot, wo er erst 8 Tage war, entfernt und einige Tage umhergetrieben hatte.

Bei der Aufnahme gab er auf keine Frage Antwort.

Die körperliche Untersuchung ergab nichts Besonderes. Auch in den nächsten Tagen sass Pat. den ganzen Tag stumm und anscheinend vollkommen gleichgültig auf seinem Bett. Stundenlang starrte er auf ein Blatt Papier, auf ein Buch. Sprach weder von selbst noch antwortete er auf Fragen. Nahrung nahm er selbst zu sich.

Am 16. 6. 18 in ein weiteres Lazarett überführt, erschien er auch dort völlig stumm, verständigte sich nur durch Zeichen und Schreiben. Aus seinen Bekundungen ging hervor, dass er räumlich und zeitlich, sowie zur Person gut orientiert war, und dass sein Auffassungs- und sein Denkvermögen frei von groben Störungen erschien. Er machte einen müden Eindruck. Den ihm gegebenen Weisungen kam er zögernd und wie unwillig nach. Bei passiven Bewegungen kein Widerstand; in gegebenen Stellungen verharrte er. Seine Haltung war für gewöhnlich meist gebückt, der Blick gesenkt. Bei der körperlichen Untersuchung zeigt er stellenweise starkes Widerstreben. Am 20. 6. schrieb E. in einem Brief an seine Pflegeeltern: Er könne gar nicht sprechen, er sei vor Schreck stumm geworden, sei schon in Belgien erkrankt.

11. 6. sei er in das Festungslazarett zu L. gekommen, wo er bis 14. 6. gewesen sei, dann sei er untersucht und nach C. geschickt. Manchmal sei er auch taub.

Am 22. 6. klagt er schriftlich über Schlaflosigkeit, ist sehr beunruhigt über seine Zukunft. Auch weiterhin scheues Benehmen, erscheint viel in Gedanken versunken, liest aber allmählich mehr.

14. 7. Müder Gesichtsausdruck, spricht noch nicht, fasst aber alles auf und drückt sich in Briefen gewandt und verständig aus.

5. 8. In den Tagen etwas teilnehmender, hilft in der Hausarbeit, spielt bisweilen Karten mit anderen Soldaten.

3. 9. Spricht noch immer nicht, klagt zeitweise über heftige Kopfschmerzen, auch in den nächsten Wochen keine wesentliche Änderung, spricht nach wie vor gar nicht, erscheint sonst in jeder Hinsicht geordnet.

30. 10. Aufnahme in die psychiatrische und Nervenklinik.

Antwortet auf Fragen überhaupt nicht, spricht eben so wenig spontan, verständigt sich durch Zeichen und Schreiben.

Wo hier? Schüttelt den Kopf.

Krank? Etwas Kopfschmerz habe ich. Auf Vorhalt: Zeigt er sich örtlich und zur Person orientiert.

Weshalb sprechen Sie nicht? Ich kann nicht sprechen.

Wie lange nicht? Seit 1. Juli 1918. Er möchte gern sprechen, er sei matt und traurig, es wolle gern in die Heimat. Auf Befragen: Er sehe nachts eine Gestalt und könne auch nicht schlafen.

18 + 17? 23.

22—9? 17.

$5 \times 4?$ 18.

$18 : 6?$ 4.

$19 + 11?$ Richtig.

Farbe von Schokolade? Gelb.

Farbe von Schnee? Grün.

Farbe von Glas? Schwarz.

Hauptstadt von Deutschland: Richtig.

Von Frankreich? Metz.

Weshalb Weihnachten? Weil Christus gestorben ist.

Unterschied zwischen Teich und Fluss? See.

Müder Gesichtsausdruck, starre Haltung, langsame Bewegungen. Sämtliche Aufforderungen werden prompt befolgt. Nach Angabe des Pflegers soll Pat. mit seinen Nachbarn leise gesprochen haben.

Die körperliche Untersuchung ergibt nur Zeichen allgemeiner Uebererregbarkeit sowie allgemeiner starker Hypalgesie.

4. 11. Liegt völlig ruhig da, erscheint teilnahmslos, spricht nicht, verständigt sich wie früher nur schriftlich, macht auch nach Angabe des Personals nie Versuche sich anders als schriftlich zu verständigen.

10. 11. Aus Anlass der grossen staatlichen Umwälzungen werden einzelne Mitkranke entlassen. Dem Pat., der sich äusserlich wie vorher verhält, wird gesagt, er käme auch zur Entlassung in Betracht. In der Nacht darauf beginnt er zu sprechen.

12. 11. Seit gestern morgen zugänglicher, gibt richtige Antworten, ist zur Person orientiert, ebenso örtlich und im wesentlichen zeitlich. Auf Befragen: Ich bin noch etwas krank, ich habe Kopfschmerz, die Verdauung ist schlecht. Ich kann nicht so gut denken wie früher. Sonst gibt Pat. geordnet Auskunft, erscheint etwas müde. Man sieht unruhige Bewegungen der Hände. Im Zivil sei er Kutscher auf dem Lande gewesen. Im Felde war er nicht, nur in einem Feldrekruten-Depot. Er wisse, dass er dort krank geworden sei, wie es gekommen, könne er nicht angeben. Er wisse aus der Zeit sonst gar nichts. Er erinnere sich, dass er nicht gesprochen habe, warum wisse er nicht. Aufregungen habe er viele gehabt, doch könne er Bestimmtes als Grund nicht angeben. Die Sprache sei allmählich wiedergekommen. Auf Befragen sagt er, es sei ihm vorgekommen, als ob man ihn verfolge, es war ihm ängstlich. Im zweiten Lazarett sei ihm nachts die Gestalt eines Mannes erschienen. Wie er jetzt plötzlich besser geworden wäre, könne er nicht sagen.

In der Schule habe er leidlich gelernt.

$6 \times 7?$ 36 — — — 38.

$4 \times 5?$ 18.

$2 \times 4?$ 6.

$5 + 7?$ 13.

$12 - 4?$ 7.

$2 \times 4?$ 6.

$3 \times 3?$ 7.

Gegenstände, Bilder bezeichnet er richtig.

Soll die Zahl 246 behalten.

4×5 ? 10.

2×8 ? 15.

3×9 ? 25.

$15 + 14$? 23.

Hat die Zahl vergessen.

Bilder erkennt er richtig. Macht bei der Untersuchung einen zunehmend müden Eindruck.

Bei Assoziationsprüfung ergibt sich langsame Reaktion, sonst nichts Besonderes.

19. 11. noch etwas müde bei Bewegungen. Es gehe ihm im ganzen besser, aber mit dem Verstand wäre es noch nicht so richtig. Er sei aufgeregt und ängstlich. Auf Befragen: Weil er nicht seine Freiheit habe. Antwortet stets sehr langsam mit tonloser Stimme, oft gar nicht.

Soll heute wieder die Zahl 246 behalten.

4×5 ? Richtig.

$15 + 14$? Richtig.

3×9 ? Richtig.

$21 - 9$? 11. Auf Vorhalt: Richtig.

Zahl? 44.

Unterschied zwischen Spiegel und Fenster? Weiss er nicht anzugeben. 1870/1871? Richtig.

Bismarck? Richtig.

Unterschied zwischen Richter und Rechtsanwalt? — — —

Meineid? — — — Auf Vorhalt: Auf dem Gericht.

22. 11. Etwas frischer und reger. Geht aus, kommt rechtzeitig wieder. Allmählich immer freier.

Der vorstehende Fall ist schon an sich bemerkenswert, weil er anfangs in den Lazaretten als „Katatonie“ aufgefasst wurde und zwar besonders wohl wegen der anscheinenden Apathie und Regungslosigkeit. Dass es sich nur um eine scheinbare Apathie handelte, ging schon aus des Patienten schriftlichen Bekundungen hervor, insbesondere aus dem Brief an seine Eltern, in dem er schrieb, dass er vor Schreck stumm geworden sei, sowie aus seinen weiteren Briefen, in denen er zeigte, dass er mit seinem Schicksal sehr beschäftigt war. Gegen Dementia praecox sprachen auch das Fehlen von Grimassieren und Stereotypien, von eigentlichem Negativismus, die sehr verständig und geordnet abgefassten Briefe und die regelrechte Affektverbindung. Es handelte sich nach allem um psychogene Hemmung, die die Apathie vortäuschte und die ja auch nach der Lösung des mit Mutismus verbundenen Stupors noch deutlich zu bemerken war.

Mit der Revolution, die ihm durch die Mitteilung, er könne ebenfalls entlassen werden, näher gebracht wurde, schwindet von einem Tage zum anderen der Mutismus bei unserem Kranken. Er war geordnet und orientiert, klagte nur über nervöse Beschwerden und über Störungen von seiten des Darms, machte auch Angaben über ängstliche Vorstellungen, die ihn beherrscht hätten. Entsprechend seinen Klagen waren die Merkfähigkeit noch herabgesetzt und die Assoziationen verlangsamt. Besonders bemerkenswert war, dass das während des Dämmerzustandes festgestellte Vorbeireden im wesentlichen nun geschwunden war, jedoch in bezug auf das Rechnen am ersten Tage nach der Aufhellung noch sehr deutlich bestand und erst nach mehreren Tagen abgeklungen war. Auch das Urteilsvermögen erschien noch beeinträchtigt.

Das auslösende Moment lag in diesem Falle nicht klar zutage. Patient selbst erwähnt einen Schreck, über den aber nichts weiter bekannt war. Im übrigen sind wir auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen der Versetzung in ein Rekrutendepot und dem Ausbruch der geistigen Störung und damit auf die Kriegsunlust als Anstoss zur Erkrankung bei einem Psychopathen angewiesen. Eine gradweise Abhängigkeit der Schwere der Erkrankung von der Stärke des auslösenden Ereignisses braucht ja nicht vorhanden zu sein.

Der so entstandene psychogene Stuporzustand löste sich nach einer Dauer von vier Monaten unter dem Einfluss der Revolution innerhalb eines Tages bis auf geringe Reste, die auch bald schwanden. Ich betone dabei, dass von der Revolution mit dem Patienten nicht gesprochen wurde, um das Ereignis als solches, wie es innerhalb der Klinik an den Kranken herantrat, möglichst rein auf ihn einwirken zu lassen. Eine Verstärkung des Eindrucks durch Verbalsuggestion von seiten des Arztes wurde daher ganz vermieden, abgesehen von der Mitteilung, er könne jetzt ebenfalls entlassen werden. Ebenso sind wir in den übrigen Fällen verfahren.

Ernst G., 18 Jahre alt. Seit Mai 1918 Soldat. Die Mutter soll leicht aufgeregt sein und an Wutanfällen leiden. Der Vater trinke. Patient will oft von seinem Vater misshandelt und dadurch sehr verängstigt worden sein. Er habe von jeher an Kopfschmerzen sehr viel gelitten, wenig mit anderen Kindern verkehrt. Er habe schlecht gelernt. Habe nur zwei Klassen durchgemacht. Körperlich krank sei er nie gewesen. Luetische Infektion stellt er in Abrede, ebenso Alkoholmissbrauch.

9. 10. 1918 wurde Pat. in ein Lazarett aufgenommen. Nach ärztlicher Mitteilung soll er einen Vorgesetzten vorher mit einem Messer angegriffen haben. Er erschien bewusstlos. Der Kopf war leicht nach hinten geneigt, der Nacken mässig gut beweglich. Die Pupillenreaktion, ebenso wie die Knie-

sehnenreflexe waren vorhanden. Der Konjunktivalreflex war herabgesetzt. Der Puls war regelmässig, kräftig, 60 in der Minute. Im Urin kein Eiweiss.

10. 10. Hat nachts unter sich gelassen. Die „Benommenheit“ erscheint geringer. Nach Angabe der Stubenkameraden soll Pat. in der Nacht auf die Bettkante gestiegen sein, hätte sich dann auf Anrufen der Schwester steif auf den Fussboden fallen lassen, wo er bis zum Morgen ruhig liegen geblieben wäre. Nachdem in seiner Gegenwart gesagt war, wenn das Bewusstsein bis zum folgenden Tage nicht wiederkehre, müsse er einer sehr schmerzhaften und unangenehmen Operation — dem Rückenmarkstich — unterzogen werden, fing Pat. an von selbst zu essen, während er bis dahin keine Nahrung zu sich genommen hatte.

11. 10. Äussert zur Schwester, er wünsche entlassen zu werden, er habe sich zur Sanitätsschule gemeldet und fürchte bei längerem Aufenthalt im Lazarett nicht dorthin zu kommen.

13. 10. Klagt über Kopfschmerz, äussert zur Schwester, er könne nie lachen, müsse in Gegenwart heiterer Kameraden oft weinen.

3. 11. Aufnahme in die Psychiatrische und Nervenlinik in Königsberg. Sieht bei der Untersuchung unruhig im Zimmer umher, blickt zur Decke, starrt dann wieder zur Erde. Stirn stark quer gerunzelt. Mund geöffnet. Die Augen starr, seltener Lidschlag. Gesichtsausdruck gespannt, Kopf vornüber geneigt.

Name? Richtig.

Geburtstag? Weiss ich nicht. Auf Vorhalt: Ich glaube September, den 16.

Wo? Richtig.

Beruf? Anstreicher. (Richtig.)

Wo hier? In einer Stube (spricht immer plattdeutsch).

In welchem Hause? In einem Hause.

In welcher Stadt? — — in Bentheim bei den Eltern.

Auf Befragen: Er sei gesund, ihm fehle nichts, er sei nicht krank gewesen.

Auf Befragen: Warum er früher nicht gegessen habe? Er esse immer.

Soll die Zahl nachsprechen: 8346 8003 und 46?

2×2 ? Richtig.

$8 + 7$? Richtig.

$22 - 9$? 11.

$5 + 11$? 44.

3×12 ? 26.

Tintenfass? Glas. Wozu? Zum Schreiben.

Glas? Topf.

Messer? Schlüssel? Richtig. Von 1—20 zählen? Richtig, langsam.

Monate? Januar, Februar, Mai. Dann richtig.

Wochentage? Richtig.

Eine Mark in Pf.? Richtig.

Kaiser? Richtig.

G. antwortet immer langsam, zeigt wenig Ansprechbarkeit für äussere Eindrücke, sitzt anscheinend teilnahmslos da. In seinen Bewegungen ist er schwerfällig, hält den Kopf dauernd geneigt, kann ihn nicht heben.

8. 11. Liegt teilnahmslos zu Bett, mit weit geöffnetem Mund und weit aufgerissenen Augen, kümmert sich um seine Umgebung gar nicht, antwortet auf Befragen langsam, immer plattdeutsch.

11. 11. Seit heute — er hat von der Revolution gehört — verändert: Unterhält sich mit den Nachbarn, spricht hochdeutsch; gibt gute Antworten, zeigt natürliche Haltung.

12. 11. 5×11 ? Richtig.

3×12 ? Richtig.

$28 + 37$? 56.

$22 - 9$? 11.

$55 : 5$? 9.

$22 + 13$? 45.

Datum? 12. November 1918.

Monate? Januar, Februar, April, Juli, August, September, November, Dezember.

Wieviel Monate? Richtig.

Wochentage? Rückwärts Sonntag, Sonnabend, Freitag, Mittwoch, Donnerstag, Dienstag, Sonntag, Montag.

Weihnachten? Richtig.

Neujahr? Richtig.

Erscheint noch vielfach apathisch, hält vielfach den Mund offen.

15. 11. Auf Befragen: Er wisse nicht, warum er hierher gekommen. Dass er jemand angegriffen, sei ihm nicht erinnerlich. Rechne schlecht, habe das immer getan. Bei längerem Befragen verfällt Pat. wieder in ein mehr apathisches Verhalten. Die nächsten Tage ruhig und geordnet. Bei längerer Exploration verfällt er immer in sein früheres Verhalten. An der Umgebung nimmt er teil und beschäftigt sich.

29. 11. entlassen.

Der zweite Fall ist dem ersten insoweit ähnlich, als auch bei ihm ein äusserer Anlass für die Entstehung der psychotischen Erscheinungen nicht nachweisbar, ja, noch weniger zu konstruieren ist, als bei jenem; während andererseits in der starken Belastung, der angeborenen Minderwertigkeit und den körperlichen und seelischen Schädigungen, die seinen Entwicklungsgang noch getroffen haben, eine besonders starke Disposition zu pathologischen Reaktionen auf sonst geringfügige Anlässe gegeben war.

Nach einem kurzen Erregungszustand mit Neigung zu Gewalttätigkeiten sehen wir eine stuporöse Phase sich entwickeln, die, insbesondere die Nahrungsverweigerung, durch einmalige Verbal-Suggestion schon Besserung erfuhr, aber bei Verlegung in die Klinik wieder hervortrat. Auch hier zeigte sich anscheinend apathisches Verhalten, das durch psychogene Hemmung bedingt war, während im übrigen wesentlich Verdachtsmomente für Dementia praecox fehlten. Mit der Revolution schwand auch hier über Nacht nach etwa einmonatiger Dauer der Stupor. Starre

Haltung und Apathie wichen natürlicher Haltung und Teilnahme für die Umgebung. Der Kranke, der im Dämmerzustand nur plattdeutsch sprach, spricht jetzt hochdeutsch, doch macht sich bei Anstrengung und Aerger das apathische Wesen öfter wieder bemerkbar.

Robert R., 24 Jahre. Soldat seit 1. 10. 1914. 9. 8. 1918 Aufnahme in ein Lazarett. Leidet seit einem halben Jahr an Krämpfen und Kopfschmerz. Früher sei er gesund gewesen. Bei der Aufnahme war er nicht bewusstlos, aber apathisch, gab keine Antwort, verhielt sich aber im übrigen ruhig. Wann und warum er gekommen sei, wisse er nicht. Meint, es sei Mitte Juli. Er wisse nicht, ob das hier ein Lazarett sei. Er habe jetzt Erholungsurlaub gehabt und sei von diesem gerade zurückgekehrt. Wie lange der Urlaub gedauert und wann er begonnen habe, könne er nicht sagen, er habe sich in der Auskunftsstelle nach seiner Truppe erkundigt, sei dann wo anders hingeschickt, habe dort seine Scheine vorgezeigt, wisse dann nicht mehr, was weiter geschehen sei. Erst heute früh sei er wieder zu sich gekommen.

Auf körperlichem Gebiet ergab sich eine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper. Keine Zeichen organischen Nervenleidens, kein Zungenbiss. Die Hände zitterten stark.

12. 8. Reagiert nicht auf Fragen. Auf längeres Zureden zeigt er die Zunge. Auf tiefes Kneifen einer Hautfalte äussert er keinen Schmerz.

Auf Befragen nach Schmerzen greift er nach dem Kopf.

13. 8. Etwas freier, befolgt einfache Aufforderungen, weiss, dass er in einem Lazarett ist.

18. 8. In ein zweites Lazarett überführt. Gibt dort an: Ein Bruder sei in einer Irrenanstalt. Er habe gut gelernt, sei Arbeiter und Maurer gewesen. War zuerst in Frankreich, dann in Russland, schliesslich wieder in Frankreich. Verwundet sei er nicht. Warum er ins Lazarett gekommen sei, wisse er nicht. Arzt habe gesagt, er habe einen Anfall gehabt. Vor 4 Monaten habe er schon einmal einen solchen bekommen. Pat. macht einen sehr schwerfälligen Eindruck, liegt in schlaffer Haltung da, antwortet erst nach mehrfacher Wiederholung der Frage, vielfach auch: „Ich weiss nicht“. Klagt über Zittern und Kopfschmerz. In den nächsten Tagen allmählich freier, zeigt auch mehr Interesse für die Umgebung, dann wieder mehr gedrückt. Klagt über Kopfschmerz. Zeigt auch eigensinniges Wesen, ist ablehnend.

30. 10. Aufnahme in die Psychiatrische und Nervenlinik zu Königsberg. Gibt bei der Aufnahme noch an: Er habe einmal eine Gasvergiftung gehabt. Sei wegen Anfällen ins Lazarett gekommen, die angeblich durch Granateinschläge verursacht seien. Er habe Stechen im Kopf und wenn er die Augen zumache, sähe er lauter Käfer.

Pat. sitzt in fast starrer Haltung da, brütet mit gerunzelter Stirn vor sich hin, achtet nicht auf die Umgebung, sondern schaut auf die Erde. Er antwortet meist erst nach mehrfachen Wiederholungen der Fragen, nachdem er zuerst nachhelfende Bewegungen gemacht hat. Er spricht meist nur wenige Worte tonlos. Auf Befragen sagt er: „Die Käfer seien ganz schwarz, es knalle ihm

auch öfter in den Ohren“. Er habe eine Art Käfer summen gehört. Seinen Geburtstag kann er nicht nennen, ist im übrigen zur Person orientiert. Manchmal wisse er gar nichts, wenn einer etwas zu ihm sagt. Den Ort bezeichnet er richtig, das Datum kennt er nicht, es sei September.

Auf Befragen, warum er nicht recht antworten könne: Er wisse, er wisse auch nicht was das ist, ein Wochentag. Monate rückwärts kann er nicht aufzählen, sagt sie vorwärts.

3×12 ? Macht mit dem Körper und mit den Lippen Bewegungen, gibt keine Antwort.

6×4 ? Richtig.

$18 - 9$? . . .

3×3 ? 6.

2×2 ? $2 + 2$ ist 4.

$8 : 2$? $8 + 2$ ist 10.

Wann der Krieg angefangen? Vor 4 Jahren.

Wilson? Hindenburg? . . . Hindenburg, ich habe ihn schon gesehen.

Kaiser? Wilhelm.

Wann Neujahr? . . .

Farbe des Grases? Gras? Gras?

Tintenfass? Glas.

Federhalter? Schlüssel? usw. richtig.

7. 11. Ist noch immer sehr gehemmt, schaut sich ängstlich um, hält sich abseits.

12. 11. (Nach der Revolution). Es gehe besser. Das Käfersummen habe aufgehört. Antwortet freier. Hilft auf der Station.

15. 11. Auf Befragen, ob er entlassen werden wolle, er möchte gern noch ein paar Tage bleiben. Sonst geordnet, zeigt nur leichte Unruhe.

5×12 ? Richtig.

$28 + 37$? 64.

$22 - 9$? 11. $15 + 18$? Richtig.

$55 : 5$? Richtig.

Wilson? König von Amerika.

Hindenburg? Richtig.

Gegenstände bezeichnet er richtig. Datum? Anfang November. Wochentage? Richtig, ebenso Jahreszahl. Alle Reaktionen erfolgen noch langsam. Weiss, wie lange er hier ist. Er habe immer Kopfschmerz und Zittern gehabt, schon vom vorigen Jahr. Sei seit 1917 krank, wo er von einer Granate umgeworfen sei. Er soll bewusstlos gewesen sein. Monate von rückwärts richtig, wenn auch langsam. Denken geht noch langsam, nicht wie in gesunder Zeit. Auf Befragen: Er erinnere sich, schwarze Käfer in ganzen Klumpen wimmeln gesehen zu haben. Was das bedeute, wisse er nicht. Es sei wohl durch Krankheit gekommen. Soll Zahl 426 behalten.

3×6 ? 18.

$2 + 7$? Richtig.

5 — 3? Richtig.

6 × 8? 40.

Zahl? 425.

Weiterhin zugänglich, hilft auf der Abteilung, macht täglich Spaziergänge in die Stadt, kommt regelmässig wieder.

28. 11. noch immer leicht erregbar, bekommt Streit.

29. 11. entlassen.

Unser dritter Kranker stammt ebenfalls aus belasteter Familie. Seit Kriegsbeginn Soldat und lange im Felde, führt er auf eine Granatexplosion die Entstehung seines Leidens zurück, das zuerst in Form von Anfällen auftrat. Ob und welche besonderen Schädigungen den gegenwärtigen Dämmerzustand hervorgerufen haben, ist nicht festzustellen. Vielleicht lässt sich seine Angabe, dass er gerade von einem Erholungsurlaub zu der Truppe zurückkehren sollte, so verwerten, dass, wie wir es öfter bei Rückkehr vom Urlaub oder aus dem Lazarett sehen, nun eine Steigerung des Leidens infolge der Kriegs- und Dienstanlust, bzw. des Gefühls der Unfähigkeit dazu, sich einstellt. Der Dämmerzustand entspricht dem Ganser'schen Typus. Einen besonderen Zug bilden die Halluzinationen akustischer und optischer Art, für die wir ein richtunggebendes Moment nicht nachzuweisen vermögen.

Nach über zweimonatigem Bestehen des Dämmerzustandes tritt durch die Revolution Lösung desselben ein, nur ist, wie bei den vorigen Fällen, eine gewisse Hemmung und Neigung zum Vorbeireden, sowie abnorme Erregbarkeit noch zu bemerken, ebenso deutliches Krankheitsgefühl, das ihn auch zu der Bitte veranlasst, noch einige Zeit in der Klinik verbleiben zu dürfen.

F., Alfred, 30 Jahre. Seit Januar Soldat. Ein Bruder habe sich das Leben genommen. Habe früher viel getrunken, schlecht gelernt. Abgesehen von Kinderkrankheiten früher gesund. Mai 1916 durch Granatsplitter am Hinterkopf verwundet, ebenso durch Gewehrschuss Oktober. Schon nach der ersten Verwundung Kopfbeschwerden. Oktober 1917 durch Granatsplitter am Rücken verwundet. Machte schliesslich keinen Dienst mehr. Streit mit Vorgesetzten.

Pat. macht einen sehr unruhigen Eindruck, macht schnelle Schritte auf und ab, gestikuliert lebhaft mit den Händen. Kann sich auf Einzelheiten nicht besinnen. Klagt über heftigen Kopfschmerz, könne keine Ruhe finden, könne die vielen Menschen nicht vertragen, schlafe schlecht. Es sei ihm ängstlich zu Mute. Er habe Zucken im Rücken und in den Beinen. Schilt, dass man man ihn bei der Truppe hätte zum Narren machen wollen. Er solle kr. u. nach Hause geschickt werden. In den Papieren stand drin, man solle ihn nicht reizen. Ist örtlich, zeitlich und zur Person orientiert. Er klagt über dauernden

Kopfschmerz. Wenn er in Ruhe lebe und nicht aufgeregt werde, gehe es. Das Gedächtnis sei schlecht. Soll 829 merken.

18 + 9? Richtig.

22 + 8? Richtig.

14 × 4? 42.

91—7? — — — 36—19? 24.

15 × 4? 15 mal?

Zahl? 828.

Weshalb Pfingsten? Weiss ich nicht.

Weihnachten? Zuckt die Achseln.

Christi Geburt? Wann? 28. Dezember.

Unterschied von Rechtsanwalt und Staatsanwalt? Keine Ahnung.

Unterschied von Kind und Zwerg? Zwerg ist klein.

Vorgehaltene Gegenstände richtig.

Eigentümliche, etwas stockende Sprache, abgehackt, etwas starrer Gesichtsausdruck. Stirn in Falten gelegt. Kein Anhaltspunkt für ein organisches Nervenleiden. Allgemeine Hypalgesie.

11. 11. 1918. Nach der Revolution.

Beschwerden? Habe noch solche Kopfschmerzen.

Monat, Jahr? Richtig.

Oertlich orientiert. Datum und Wochentage werden um einen Tag verschoben. Soll sich eine Zahl merken, hat diese bald vergessen. Es strengt ihn zu sehr an. Bilder kann er erst nach längerer Zeit erkennen.

12. 11. Freier, geht in die Stadt, kehrt regelmässig zurück, ist im ganzen seit der Revolution äusserlich viel geordneter, spricht gleichmässiger, der Gang ist unauffällig, die Stirn wird nicht mehr gerunzelt.

15. 11. Psychisch noch recht ermüdbar. Assoziation verlangsamt, dabei starke Eigenbeziehungen, z. B.: Krank? Mir fällt nichts ein, ich denke immer an zu Hause. Kirche? War ich nicht mehr.

Trauring? Ich habe keinen.

15. 11. entlassen.

Unser letzter Kranker zeigt mit dem zweiten insofern Aehnlichkeit, als er belastet, von Hause aus minderwertig und ebenfalls Schädigungen verschiedener Art — Potus, Kopfverletzung — in seiner Entwicklung ausgesetzt war, so dass die Entstehung pathologischer Reaktionen ausserordentlich erleichtert erschien. Wodurch schliesslich der bei dem Patienten bei der Aufnahme in die Klinik bestehende ängstliche Erregungszustand mit Störung der Sprache bedingt war, ist nicht sicher zu sagen, wahrscheinlich hat irgend ein Konflikt bei der Truppe, wo sich der Kranke schikaniert glaubte, den Anstoss dazu gegeben. Mit der Revolution traten die Erscheinungen der ängstlichen Erregung und der Störung der Sprache, deren Dauer uns nicht bekannt ist, zurück. Abnorme

Ermüdbarkeit und Insuffizienzgefühl blieben noch bestehen, ebenso bei Assoziationsversuchen verlangsamte Reaktion, mit Neigung zu Eigenbeziehungen, wie wir es bei psychogenen psychotischen Erscheinungen zu finden gewohnt sind.

Bei Beginn des Krieges habe ich untersucht, wie weit der Kriegsbeginn auf schon bestehende geistige Störungen einwirkte¹⁾. Es ergab sich dabei, dass eine Beeinflussung bestehender Psychosen durch den Krieg oder Kriegsausbruch nicht erfolgte. Psychogene Störungen standen mir damals nicht zur Verfügung. Eine Einwirkung hätte man bei solchen voraussichtlich dann in erster Linie erwarten können, wenn ihre Entstehung mit dem drohenden Krieg etwa in irgend welcher Beziehung gestanden hätte, wenn auch artfremde Einflüsse, den auslösenden Ursachen nicht verwandte seelische Erschütterungen, zu einer Lösung von Dämmerzuständen ebenfalls erfahrungsgemäss führen können.

Wenn wir auch bei unseren jetzigen Beobachtungen die auslösenden Momente für die psychogenen Psychosen nicht mit Sicherheit feststellen vermochten, so können wir doch so viel sagen, dass sie jedenfalls in Unlustgefühlen wurzelten, die durch die Revolution beseitigt wurden, so dass Entstehen und Schwinden der psychotischen Erscheinungen psychogener Art sich durch die Zeitverhältnisse hier erklären.

1) Arch. f. Psych. Bd. 55. S. 353.

XXI.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meyer).

Beitrag zur Kenntnis der mit Erhöhung der Rigidität der Muskeln einhergehenden erworbenen Krankheiten des Nervensystems (Pseudosklerose).

Von

Priv.-Doz. Dr. **Max Kastan**,

I. Assistent der Klinik.

(Mit 7 Abbildungen im Text.)

Unsere Kenntnis von den Krankheiten, welche einen erhöhten Muskeltonus oder besser gesagt eine erhöhte Rigidität aufweisen, ist in den letzten Jahren erheblich bereichert worden. In vieler Beziehung haben wir unsere früheren Anschauungen korrigieren müssen, auf jeden Fall sie sehr erweitern können. In erster Linie kommt als eine derartige Krankheit die multiple Sklerose in Betracht. Hier hat besonders Oppenheim und späterhin auch H. Curschmann Krankheitstypen aufgestellt, welche uns früher unbekannt waren. Das Eigenartige und ganz besonders Wichtige an den Darlegungen Oppenheim's liegt darin, dass er die Formen der multiplen Sklerose, die doch als Prototyp der nicht systematischen Erkrankungen galt, in Beziehung zu den einzelnen Fasersystemen des Rückenmarks gesetzt hat, so dass er Formen beschreibt, welche der Tabes, der Syringomyelie, der amyotrophischen Lateralsklerose und anderen ähneln können.

Die zweite in Betracht kommende Krankheit ist die Pseudosklerose, die wohl jetzt als identisch mit der Wilson'schen Linsenkerndegeneration angesehen wird. Hier ist es vor allem v. Strümpell gewesen, der nicht nur als einer der ersten die Krankheit beschrieben und ihr auch den Namen gegeben hat, sondern ganz besonders durch Auffindung des amyostatischen Symptomenkomplexes ihre klinische Stellung wesentlich geklärt hatte. Weit mehr als der ähnliche Klang der in den Bezeichnungen multiple Sklerose und Pseudosklerose zum Ausdruck kommt, zeigt die Tatsache, dass Oppenheim der Differentialdiagnose beider Krankheiten im vorigen Jahre eine umfangreiche Arbeit gewidmet hat, wie schwer es oft ist, trotz unserer erweiterten Kenntnisse von den Symptomen sich schlüssig zu machen, ob bei einem bestimmten Fall dieses oder jenes Leiden vorliegt.

Gerade im letzten Jahre ist die Pseudosklerose mehrfach zum Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion gemacht worden. Eine ganze Reihe von Fällen sind veröffentlicht worden, die sich mit ihr beschäftigen, von einem Autor, v. Dziembowski, sogar mehrere, was aus der Erscheinung sich herleiten lässt, dass die Pseudosklerose ein vornehmlich familiär auftretendes Leiden ist. v. Dziembowski ist der Meinung, dass nicht nur Pseudosklerose und Wilson'sche Krankheit dasselbe wären, sondern dass auch die juvenile Paralysis agitans dem gleichen Krankheitsbild zuzurechnen sei. Ich glaube nicht, dass man dieser Vermutung wird beitreten können. Durchsieht man die von Willige stammende Uebersicht der als juvenile Paralysis agitans beschriebenen Fälle, so fällt auf, dass fast nie psychische Störungen bei der juvenilen Form vorkommen, während diese zu den hervorstechendsten Zügen der Pseudosklerose gehören. Auch sind pathologisch-anatomische Befunde bei der juvenilen Paralyse agitans, soweit die Willige'sche Zusammenstellung ergibt, nicht erhoben worden. Hingegen hat man bei der Pseudosklerose wenn auch nicht eindeutige, so doch ganz sichere Abweichungen des grob anatomischen und des histologischen Bildes feststellen können. Hierhin gehören die Veränderungen im Linsenkern selbst, die eigentümlichen Gliabildungen im Nucleus dentatus und in den Stammganglien, ferner auch die Erscheinungen in der Leber. Erst in allerletzter Zeit hat Hunt auch für die juvenile Paralysis agitans ein pathologisch-anatomisches Substrat aufgedeckt, indem er eine Veränderung des Globus pallidusystems (zitiert nach Spielmeyer) beschrieben hat. Aber jedenfalls ergibt sich auch daraus, dass dann die Veränderung ihren Sitz nicht an der Stelle hat, an der sie die meisten Fälle der Pseudosklerose aufweisen.

In allerjüngster Zeit hat auch Thomalla sich mit der Pseudosklerose beschäftigt. Er will dieselbe mit zwei anderen Krankheiten, nämlich dem Torsionsspasmus und der athétose double zu einer grossen Gruppe der Dystonia lenticularis vereinigen. Es begründet das damit, dass der Linsenkern bei all diesen Erkrankungen in einer Reihe von Fällen als Sitz anatomischer Veränderungen beschrieben sei, jedoch wird man auch dieser Neuauffassung und Neueinteilung der Pseudosklerose mit einiger Vorsicht entgegentreten müssen. Von der gewöhnlichen Dystonie allerdings unterscheidet sie sich ja schon durch das Fehlen des dieser Krankheit eigentümlichen Zusammentreffens von Hypertonie und Schlaffheit, aber die bei dem Torsionsspasmus auftretenden merkwürdigen Bewegungen sehen doch den Symptomen sehr ähnlich, die als Teilerscheinung einer Krankheit erst neulich von v. Stauffenberg beschrieben wurden, welche ihren Sitz an ganz anderer Stelle im Ge-

hirn hat, nämlich der Atrophie olivo-cérébellaire und der von mir in diesen Blättern beschriebenen Chorea mollis. Man sieht auch, die Topographie sicher bekannter Veränderungen sollte uns nicht verleiten, neue Krankheitsgruppen aufzustellen, welche man aus noch nicht bekannten Einzelbildern und Krankheitsformen zusammensetzen verführt werden könnte.

Im folgenden gestatte ich mir einen Fall zu beschreiben, welcher geeignet zu sein scheint, die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen all diesen Krankheitsbildern aufs neue grell zu beleuchten. Ich möchte dabei jedoch ganz besonders darauf hinweisen, dass, als die Pseudosklerose bekannt wurde, Charcot geneigt war, sie überhaupt dem Krankheitsbilde der Hysterie einzureihen. Ferner sind in der Literatur der Pseudosklerose Fälle beschrieben — ich erinnere an die von Fleischer —, welche zuerst fälschlicherweise als Dementia praecox diagnostiziert wurden. Die ersten Beobachtungen, die an unserem Kranken gemacht wurden, gehen auf das Jahr 1909 zurück. Er ist dann bis zum Jahre 1910 dauernd in klinischer Behandlung gewesen. Zuerst im Lazarett Jüterbog, dann im Garnisonlazarett Berlin, in der dortigen psychiatrischen und Nervenlinik und in der Anstalt Buch. Er ist zwar später entlassen worden, ist aber immer unter ärztlicher Kontrolle geblieben insofern, als er sowohl von militärischer Seite begutachtet worden ist (1913) als auch durch gerichtliche Behörden in einer Entmündigungsangelegenheit 1916 und weiterhin im Zivil im Krankenhaus 1917 untersucht worden ist. Es lässt sich also der Verlauf der Krankheit während 8 Jahren ziemlich gut verfolgen, genaue Klärung dürfte allerdings erst eine spätere eventuelle Obduktion bringen.

Ich lasse nun die früheren Krankengeschichten und Gutachten folgen; im Februar 1909 war Pat. wegen Zellgewebsschädigung des linken Unterschenkels im Lazarett.

Abschrift

des Krankenblattes aus dem Garnisonlazarett Jüterbog.

Diagnose: Syphilis und zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand.

a) Vorgeschichte.

23. 12. 1909. S. ist vom Gericht der 1. Garde-Division dem Lazarett zur Beobachtung seines Geisteszustandes überwiesen. Während seiner Untersuchung ist sein Benehmen aufgefallen, so dass Zweifel an seinem Geisteszustande entstanden. In seiner Familie sind angeblich keine Nerven- und Geisteskrankheiten vorgekommen. Vater starb angeblich an Herzschlag. Mutter und Geschwister leben, sind körperlich und geistig gesund. Als Kind ist er angeblich stets gesund gewesen. Krämpfe hat S. nie gehabt. Als Kind hat er angeblich gut gelernt. Er hat angeblich rechtzeitig sprechen und laufen gelernt. Seit

der Untersuchungshaft gibt er an, sehr nervös zu sein. Seitdem er das erste Mal aus der Untersuchungshaft herausgekommen ist, kann er sich, wie er sagt, mit seinen Gedanken nicht zurechtfinden. Er gibt an, in seiner Untersuchungszelle einen schwarzen Mann gesehen zu haben, mit dem er nicht einig werden konnte. Er leidet angeblich zeitweise an Kopfschmerzen, hat häufige Schwindelanfälle. Sein Gedächtnis hat auch angeblich gelitten. Keine Angstzustände. Seit dem 10. 12. gibt er an, Leibschmerzen zu haben und auch geschlechtskrank zu sein. Er gibt an, nicht Onanie getrieben zu haben.

b) Befund bei der Aufnahme: regelrecht.

1. Körperlicher Zustand. Kräftig gebauter Mann von guter Muskulatur und gutem Ernährungszustand. Gesichtsfarbe frisch und gesund. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Zunge nicht belegt. Appetit und Schlaf nicht besonders, Stuhl träge. Rachenorgane nicht entzündet und vergrössert. Lungen: ohne krankhaften Befund. Herz: Dämpfung nicht verbreitert. Töne rein. Puls mittelvoll, kräftig, regelmässig, 72. Leib: etwas aufgetrieben. Milz und Leber nicht vergrössert. Urin: frei von Eiweiss und Zucker. Männliches Glied: Links auf der Eichel 2 etwa linsengrosse Geschwüre. Nervensystem: Pupillen gleich weit, sehr weit, reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz. Kniesehnenreflexe sind gut auslösbar, desgl. die Fusssohlenreflexe. Sensibilitätsprüfung: anscheinend nicht in Ordnung, kann spitz und stumpf nicht unterscheiden. Kalt und warm vermag er zu unterscheiden. Kein Romberg. Keine Koordinationsstörungen. Keine Störung des Lagegefühls. Leichtes Zittern der Augenlider bei geschlossenen Augen.

2. Geistiger Zustand. Der Gesichtsausdruck des S. ist unruhig; er lässt seine Blicke unstatig umherschweifen. Die Sprache ist auffallend langsam und stockend; sie klingt wie gemacht. Er scheint sich anzustrengen, um die Töne hervorzupressen. Dabei läuft ihm unaufhörlich der Speichel aus dem Munde. Wenn er mit einem Vorgesetzten spricht, so errötet er. Die Antworten erfolgen langsam. Gefragt über häusliche Verhältnisse gibt er die Antwort gut mit einer gewissen Intelligenz. Rechenaufgaben: $9 \times 3 = 27$; $7 \times 8 = 56$; $8 \times 12 = 96$; $15 \times 16 = 240$. Die Antwort erfolgt ziemlich prompt. 5- und 6stellige Zahlen kann er nicht vollständig im Gedächtnis behalten. Wenn man ihm komplizierte Wortverbindungen vorspricht, so vermag er sie tadellos nachzusprechen. In der vaterländischen Geschichte weiss er gut Bescheid, er kennt den Namen des Kaisers, seines Vaters und Grossvaters. Die Ebbinghaus'sche Probe gelingt ihm nur mangelhaft. Er kennt die Namen seiner Mitkranken bis auf einen. Ueber Ort und Zeit ist er gut orientiert.

24. 12. Er hat gestern an der Weihnachtsfeier teilgenommen und sich dabei ruhig verhalten. Die Nacht über hat er ruhig geschlafen.

25. 12. Heute ist er sehr lebhaft, spricht viel, namentlich vor sich hin. Er will durchaus im Garten spazieren gehen.

26. 12. Da er sich am Mittag des 25. 12. unruhig zeigt und durch sein vieles Reden die übrigen Kranken stört, wird er isoliert. Gleichzeitig wird er

wegen Schanker zur gemischten Station verlegt. Die Krankheit will er sich Mitte November d. J. in Berlin zugezogen haben.

26. 12. Heute bei der Morgenvisite zeigt er, als ihm gesagt wird, es seien zwei Pakete für ihn angekommen, lebhaftes Interesse, antwortet rasch, sinn- und sachgemäss auf die an ihn gerichteten Fragen betreffend den vermutlichen Inhalt Absender der Pakete. Auch treten die sonst beobachteten Gesichtsverzerrungen und der Speichelfluss nicht auf. Die anfangs kleinen Erosionen am Gliede beginnen sich schärfer abzugrenzen, sie sind jetzt etwa bohnergross und sondern ziemlich reichlich ab. Mikroskopisch keine Spirochäten nachzuweisen, nur Detritus und Epithelien. Behandlung: Einlegung eines mit Cupr. sulf. getränkten Streifens.

28. 12. S. schläft in der Nacht ruhig. Am Tage spricht er oft vor sich hin; dabei läuft ihm der Speichel aus dem Munde. Die Gerichtsverhandlung ist meistens der Gegenstand seiner Gespräche. Behandlung bleibt.

29. 12. S. verhält sich ruhig; er spricht öfters vor sich hin, der Gegenstand seiner Selbstgespräche bildet hauptsächlich die Gerichtsverhandlung. S. äussert sich öfters: Er würde sich mit seinen Gedanken nicht einig, sie gingen ihm im Kopfe herum. Seine Sprechweise und Wortstellung sind dieselben wie vorher, dabei starker Speichelfluss. Die mikroskopische Untersuchung eines Abstriches von den Geschwüren am Glied ergibt denselben Befund wie am 26. 12. Die Wache beobachtete, dass S. jede Bewegung der Wache scharf beobachtete, und, sobald seine Blicke mit denen des Wacht habenden sich trafen, seine Grimassen schnitt.

2. 1. Stabsarzt Dr. B. macht den Einj.-frei. Arzt Dr. K., der den Pat. zum ersten Mal sieht, auf die gesuchte Wortstellung in seiner Redeweise flüchtig aufmerksam. Als nun Pat. nochmal die Ereignisse bei seiner geschlechtlichen Infektion angeben soll, fällt es auf, dass er seinen Satzbau normal ausführt. Er sagt z. B.: „Ich bin im Oktober nach Berlin gefahren“. Nach seiner sonstigen Redeweise würde er etwa gesagt haben: Ich nach Berlin im Oktober bin gefahren u. dgl. mehr. Sonst ist in dem Verhalten des Pat. keine Veränderung zu konstatieren. Er liest zumeist den ganzen Tag über und schläft in der Nacht ruhig.

8. 1. In dem Verhalten des Pat. ist kaum eine Veränderung eingetreten. Er ist seit einigen Tagen mit im gemeinsamen Saal der gemischten Station untergebracht. Er verhält sich auch da ganz ruhig. Die anderen Pat. geben an, dass er ihren Gesprächen immer zuhöre. Wenn er sich beobachtet fühle, sehe er dann schnell in sein Buch. Die schiefe Stellung der Lippen beim Sprechen und der Speichelfluss sind noch vorhanden. Die Verhärtung der Wundränder an den beiden Geschwüren am Glied ist sehr deutlich, so dass an der syphilitischen Natur der Affektion nicht mehr gezweifelt werden kann. Sekundäre Erscheinungen bestehen zur Zeit noch nicht.

11. 1. Es besteht eine deutliche Roseola an Brust und Leib. Deshalb wird mit einer Schmierkur begonnen. Graue Quecksilbersalbe.

c) Entlassungsbefund.

15. 1. Die syphilitischen Erscheinungen auf der Haut sind sehr ausgeprägt. Die beiden Schankergeschwüre sind noch offen. — Pat. verhält sich im allgemeinen ruhig und gibt auf Fragen sinngemäss Antwort. Sein Schlaf in der Nacht ist in der letzten Zeit etwas unruhiger. — Er hat immer verlangt, dass nachts das Licht auf dem Saal nicht ausgelöscht wird. Gestern Abend erzählte er dem Stationsaufseher, dass nachts immer ein schwarzer Mann zu ihm käme und er deshalb Licht haben müsste. Im Dunkeln fürchte er sich. — In der gezwungenen Wortstellung, in der Stellung des Mundes und dem Speichelfluss beim Sprechen ist keine Veränderung eingetreten. — Urin frei von Eiweiss. S. wird zur weiteren Beobachtung seines Geisteszustandes in das Garnisonlazarett I Berlin überführt, nachdem die Genehmigung des Generalkommandos des Gardekörps (11. 1. 10 Seite IIb Nr. 291) eingetroffen ist.

Abschrift

des Krankenblattes aus dem Garnisonlazarett Berlin Nr. 2933.

Krankheit: Syphilis und jugendliche Verblödung (katatonische Form).

Aufnahmebefund.

16. 1. 1910. Im Sulcus coronarius, das Bändchen mit eingreifend, ein hartes Infiltrat von über Markstückgrösse. Die Oberfläche, soweit sie sichtbar zu Tage liegt, ist erodiert und sondert dünnflüssiges Serum ab. Dorsales Lymphgefäss hart, strohhaldick. Es besteht allgemeine Drüsenanschwellung, (Leistendrüse haselnuss- bis walnussgross. Kubitaldrüsen, Halsdrüsen, Nackendrüsen). Am Körper, hauptsächlich auf Brust, Rücken, Beugeseite der Oberarme und Oberschenkel findet sich eine Roseola, die sich aus erbsen- bis pfennigstückgrossen Flecken zusammensetzt. Fusssohlen und Handflächen frei, sowie der behaarte Kopf. Auf der rechten Tonsille ein spez. Belag. Bezeichnung: Lues II (Roseola, Lymphadenitis universalis, Angina specifica). Jugendl. Verblödung, katatonische Form. Behandlung: Schmierkur, Jodkali 10/200. Mundpflege.

Verlauf.

20. 1. Der Ausschlag am Körper ist deutlich abgeblasst, der Schanker am Glied fast verheilt. Angina verschwunden.

27. 1. Patient verträgt die Schmierkur gut. Im Urin kein Eiweiss. Mund frei. Roseolen verschwunden. Schanker überhäutet.

3. 2. Mund frei, Schmierkur wird weiter gut vertragen. Appetit gut.

Entlassungsbefund.

6. 2. Primäraffekt abgeheilt. Roseola und Angina specifica verschwunden. Allgemeine Drüsenanschwellung mässigen Grades besteht noch. Da S. heute einen Erregungszustand starker Art bekam, wird er in die Kgl. Charité überführt.

18. 1. Einzelzimmer für Geistesranke. Pat. grimassiert lebhaft, reisst die Augen auf, greift nach den Papieren des Arztes. „Meine Papiere“, „ich kann doch nicht kriegen meine Papiere.“ Sprache maniert, weinerlich mit grunzenden Lauten untermischt.

Name? „Kanonier S.“ (Nimmt dem Arzt die auf dem Tisch liegenden Papiere.)

Wo hier? „Sie haben mich hier eingesperrt.“

Wo? „Ich kann nicht raus.“

Welches Haus? „Garnisonlazarett, ich will meine Papiere haben.“

Jahreszeit? —

Sommer oder Winter? „Winter, ja, wir haben Winter, ja.“

(4 Finger gezeigt.) Wieviel Finger? „4.“

Liest die Zeit von der Uhr des Lazarett, die er vom Fenster aus sehen kann, ab.

Sind Sie krank? „Ich noch nicht, nein, ich mache gleich meinen Dienst.“
Spricht affektiert-quiekend.

20. 1. Gesichtsausdruck und Speicheln unverändert. Isst besser, ist reinlich und ruhig, springt aber aus dem Bett, sobald ein anderer als der Pfleger eintritt, soll auch mit dem Pfleger natürlich sprechen, weckt sogar selbst den Wärter, wenn er austreten will, während er, wenn der Arzt mit ihm spricht, eine eigentümlich manirierte und geschraubte, quiekende, abgerissene, von zischenden, schlürfenden Geräuschen begleitete Sprachweise hat. Aeussert dem Pfleger gegenüber, gestern Abend hätten sie ihn festbinden wollen. Sobald ich ihn frage, starrt er mich an, besinnt sich lange auf die einfachsten Fragen.

Wie heissen Sie? „Kanonier S.“

Vorname? —

Rufname? „Wir können nicht zusammenkommen.“

„Herr Doktor, jetzt frage ich, meine Papiere?“

Verlangt das Speiglas, er müsse sich brechen. Es käme ihm immer Zeug in den Mund. Verweigert deshalb Kaffee und Milch. In allem sei Arznei.

„Herr Doktor — ich sage gestern — bringt einer einen Topp Tee — ich trinke ihn frei weg — bring einer Tee — ja (murmelt dann unverständlich) ja, darnach wollte er mir festbinden.“ (Womit?) „Mit Schnallen, Stricke brachten sie rein.“

Deutliche Katalepsie. Pupillen mittelweit, gleich. L. R. prompt und ausgiebig. Stirn-Augen-Mundfazialis symmetrisch. Zunge gerade herausgestreckt. Gaumenhebung symmetrisch. Trigeminus-Austrittspunkte anscheinend schmerzhaft.

Romberg: Lässt sich wie ein Stock hintenüber auf das Bett fallen. Arm- und Beinbewegung, soweit prüfbar, koordiniert. Grobe Kraft gut. Kein Tremor. Sehnenreflexe: Patient ist nicht zur völligen Entspannung zu bringen. Achillessehnenreflexe normal. Plantarreflex bds. sehr schwach. Sensibilität nicht in den einzelnen Qualitäten prüfbar. Nadelstiche werden überall als nicht schmerzhaft bezeichnet, bringen auch keine Schmerzäusserung hervor.

Echolalie 0, Echopraxie 0.

Die Aufforderungen bei der somatischen Untersuchung werden teils schnell, teils langsam, teils trotz mehrfacher Aufforderung gar nicht befolgt. S. wird ans Fenster geführt, von wo aus der Blick in den Garten fällt.

Was sehen Sie da? „Bäume“ (schnell und sehr laut.)

Was noch? In der Luft? Auf dem Boden? „Schnee“ (langsam, leise und undeutlich.)

„Herr Doktor, ich möchte noch etwas sagen“, (bringt aber weitere Aeusserungen nicht hervor).

22. 1. Unverändert. Sprache, Grimassieren, Speicheln unverändert, verzieht die Lippen schnauzenförmig nach vorn oder nach einer Seite. Ruhig, wenn alleine gelassen, bei der Visite sofortiges Aufspringen aus dem Bette, setzt sich auf den Bettrand, gibt auf Befragen an, er sei gut zu Wege. Erklärt mit Bezug auf einen Riss im Hemde, nach dessen Herkunft er befragt wird, da seien ihm Steine durchgezogen, wiederholt mehrmals stereotyp diese Antwort.

25. 1. Nicht die geringste Aenderung des Verhaltens. Ist ruhig und liegt oder sitzt teilnahmslos da, wenn man sich nicht mit ihm beschäftigt. Die bizarre Sprechweise ist konstant, alle Aeusserungen sind abgerissen, kurz, zuweilen aber der Frage entsprechend. Längere zusammenhängende Aeusserungen sind nicht zu erlangen, eine geordnete Unterhaltung ist nicht mit ihm zu führen. Gegenstände bezeichnet er nicht richtig, oft erst nach mehrmaligen dringlichen Fragen. Doch fällt auf, dass er einzelne Objekte „danoben“ bezeichnet und sich stets dieser verkehrten Bezeichnung bedient, seine Hand z. B. „Stein“ nennt, die Tür „Weg (?)“. Soll gelegentlich zornig werden dem Pfleger gegenüber und ihn beschuldigen, dass er ihn vergifte. Droht ihm, er werde es dem „ganz langen Arzt“ (er meint den Chefarzt) sagen.

31. 1. Völlig unverändert. Sehr stereotyp ist der oft wiederholte Ausruf „meine Papiere“, sobald er mich mit den Krankenblättern kommen sieht. Gefragt, wie lange er hier sei, antwortet er nach längerer Pause: 4 Wochen, auf weitere Orientierungsfragen gibt er keine Antwort.

5. 2. Ziemlich lenksam und fügsam. Gebahren stets bizarr, Aeusserungen unzusammenhängend. Sprechweise verschroben. Als über sein Verhalten mit dem Pfleger gesprochen wird, äussert er „ich nichts tun?“.

Wie lange hier? Ich — — ja — hier, ja, meine, meine, hier, ja — 5, 5, ja, 5 — ja, ja. Wo? Ja, hier, ja (gibt dann unverständliche, z. T. nicht artikulierte Laute von sich).

Lazarett? „Ja (nickt sehr hastig) Lazarett.“

Wo gedient? „Ja — — — Batterie — — —.“

„Stiebel — — — ja — — — Batterie — — — Dienst — — —.“

Bei der Verabschiedung steht er auf und stellt sich militärisch hin.

7. 2. Gestern beim Mittagessen soll S. plötzlich sehr erregt gewesen sein, aggressiv gegen die Pfleger und äusserst energisch sinnlos hinausgedrängt haben. Er soll wiederholt ausgerufen haben: „Was wollt ihr,“ „7, 8 Jahre bin ich hier“ und anderes nicht Verständliches. Es ist aus den Aussagen der Pfleger und des einj.-freiwill. Arztes nicht zu erkennen, ob Sinnestäuschungen bestanden haben.

Diagnose: Katatonische Form der Dementia praecox.

Diese Beobachtung führte zu folgendem Gutachten:

Am 15. 12. beantragte Hauptmann Vanselow die Untersuchung des S. auf seinen Geisteszustand, da er bei einer Verhandlung beim Oberkriegsgericht

am Tage zuvor eine auffallende geistige Veränderung des S. seit seiner Einlieferung in die Untersuchungshaft bemerkt habe, die auch von anderen Zeugen wahrgenommen sei. In der kriegsgerichtlichen Hauptverhandlung am 21. 12. wegen der hier in Rede stehenden Straftaten gab S. an, dass er nicht mehr wisse, wie damals alles gekommen sei, ihm gingen seit der ersten Verurteilung die Gedanken so im Kopfe herum, dass er nur an die vierwöchige Strafe denke. Hauptmann V. als Zeuge erklärte, dass er S. für schwer geisteskrank halte, Oberarzt W. als Sachverständiger wiederholte seine früheren Aussagen und fügte hinzu, dass S. ihm in der Untersuchungshaft gesagt habe, ein Mann mit dunklen Haaren sei in seiner Zelle gewesen und habe gesagt, er solle sich Watte in die Ohren stecken, er habe mit einem Buch nach diesem Manne geworfen. Eine abschliessende Begutachtung des S. könne er nicht abgeben. Das Gericht beschloss darauf kommissarische psychiatrische Begutachtung.

Am 23. 12. wurde S. ins Garnisonlazarett Jüterbog überführt zur Beobachtung seines Geisteszustandes. Er hat dort angegeben, erblich nicht belastet zu sein und in der Schule gut gelernt zu haben. In der Untersuchungshaft sei er nervös geworden, habe sich mit seinen Gedanken nicht zurecht finden können und in der Zelle einen schwarzen Mann gesehen. Die körperliche Untersuchung ergab ein frisches syphilisverdächtiges Schankergeschwür am Gliede. Die Sprache war auffallend langsam und stockend, wie gemacht, aus dem Munde lief Speichel. S. war zeitlich und örtlich orientiert. Die Prüfung seiner Kenntnisse ergab leidlich gute Resultate, dagegen erwiesen sich Kombinationen und Merkfähigkeit geschädigt. Am 26. 12. trat Unruhe hervor, sprach sehr viel, seine Reden beschäftigten sich hauptsächlich mit der Gerichtsverhandlung, die Wortstellung dieser Reden war eigentümlich gesucht, zeitweise war S. ganz ruhig. Am 11. 1. wurde nach Auftreten eines ausgesprochenen syphilitischen Hautausschlags eine Schmierkur eingeleitet. In den letzten Tagen trat wieder vermehrte Unruhe hervor, S. behauptete auch, einen schwarzen Mann öfters neben sich zu sehen. Am 16. 1. 10 erfolgte die Ueberführung ins Garnisonlazarett Berlin.

Die antisypilitische Behandlung wurde hier sofort weitergeführt. Der Gesichtsausdruck war erstaunt und dabei eigentümlich maskenartig verzerrt, die Augen weit aufgerissen, der Mund nach einer Seite verzogen, beständig war starkes Speicheln vorhanden. Wenn S. allein war, war er ruhig; sobald aber der Pfleger sich mit ihm beschäftigte oder gar ein Arzt das Zimmer betrat, sprang er aus dem Bett, lief herum und sprach beziehungslos und verworren. Die Sprache war abgehackt und abgerissen, mit grunzenden und quiekenden Lauten untermischt, z. T. völlig unverständlich. Fragen und Zureden gegenüber war S. unzugänglich, selten war er zu Antworten zu bringen, aus denen hervorging, dass er die Eindrücke der Umgebung ziemlich richtig auffasste. So wusste er, wo er sich befand, und kannte die Aerzte als solche; zu zusammenhängenden geordneten Aeusserungen war er aber nie zu bringen. Auf Befragen bezeichnete er sich als völlig gesund und verlangte zum Dienst zu gehen.

Seine Aeusserungen und Handlungen waren eigentümlich maniert und bizarr und wiederholten sich vielfach. So lief er jedesmal dem Arzt entgegen, wenn derselbe mit Krankenblättern sein Zimmer betrat, und rief beständig „meine Papiere“, suchte auch die Krankenblätter zu ergreifen.

Am Nervensystem fanden sich keine körperlichen Störungen. Das geschilderte Verhalten blieb im allgemeinen unverändert.

Wiederholt traten plötzlich Zornaffekte hervor. In diesen behauptete S. vergiftet zu werden und verweigerte auch die Nahrung. Wiederholt behauptete er auch von Männern gefesselt worden zu sein; Risse in seiner Hand, die er selbst verursacht hatte, führte er auf solche Misshandlungen zurück. Eigentümlich war sein Danebenbezeichnen von Gegenständen in der letzten Zeit. Er nannte z. B. seine Hand „Stein“, die Türe „Weg“. Ansätze zu richtigen Antworten machte er gelegentlich, doch wurden die Sätze nie vollendet. So fiel die Antwort auf die Frage, wie lange er im Lazarett sei aus: „Ich—ja—hier—ja, fünf, fünf, ja ja ja“. „Dieselbe Antwort wurde auf eine Anzahl nachfolgender Fragen gegeben, bis er auf eine Frage, bei welchem Truppenteiler diene, die Antwort fand: „Ja—Batterie—Stiefel—ja, Batterie-Dienst“. Ein stärkerer Erregungszustand, in welchem sich die Ausrufe: „7, 8 Jahre bin ich hier“, „was wollt ihr“ und dergleichen gänzlich beziehungslose und absurde Aeusserungen fortwährend wiederholten, und in denen er heftig hinausdrängte und das Personal angriff, veranlasste am 7. 2. 1910 die Ueberführung in die psychiatrische Klinik der Charité.

Das Krankheitsbild, welches S. bietet, ist ein ausserordentlich charakteristisches. Es setzt sich aus hochgradiger geistiger Zerrfahrenheit, aus Sprachverwirrtheit, Negativismus sowie Verschrobenheit, Maniertheit, Impulsivität und Stereotypie in Ausdrucksbewegungen und Handlungen zusammen und offenbart hierdurch deutlich seine Zugehörigkeit zur katatonischen Form der Dementia praecox (jugendliche Verblödung). Nebenher bestehen noch Sinnes-täuschungen und Wahnbildungen, wie sie gleichfalls bei dieser Krankheit vorkommen. Die Vorgeschichte weist darauf hin, dass zwar, wie so häufig, die Haft den Anstoss zu dem Hervortreten schwerer Krankheitserscheinungen gegeben hat, dass der eigentliche Krankheitsbeginn aber weiter zurück liegt. In dem vom Oberarzt W. und den anderen Zeugen in der Zeit, in die die Strafhandlungen fallen, berichteten konfusen und unstäten Wesen des S. ist mit Sicherheit ein sehr charakteristisches Zeichen der bereits vorhandenen krankhaften geistigen Veränderung zu erkennen, die Strafhandlung selbst zeigt deutliche Züge des Negativismus, der Zerrfahrenheit und der Impulsivität. Es entspricht zudem der wissenschaftlichen Erfahrung, dass ein so schwerer Krankheitszustand, wie ihn S. jetzt bietet, längere Zeit bis zu seiner Ausbildung braucht. Sehr bemerkenswert zur Beurteilung der Frage, wie lange die Entstehung der Krankheit zurückreicht, sind auch die anliegenden schriftlichen Aufzeichnungen des S. Sie lassen neben einigermaßen zusammenhängenden Betrachtungen, welche an den S. zur Last gelegten Diebstahl anknüpfen, die deutlichen Erscheinungen der geistigen Zerrfahrenheit und der für die Krankheit charakteristischen Sprachverwirrtheit bereits Ende August 1909 hervortreten.

Abschrift der Krankengeschichte der Königl. Charité.

Wird nachmittags von fünf Sanitätssoldaten eingeliefert, lässt sich ausziehen, verhält sich ruhig. Verzieht das Gesicht, lässt den linken Mundwinkel hängen, fortwährender Speichelfluss. Als er ins Untersuchungszimmer geführt wird, bricht er in Weinen aus.

Wo hier? „Ja, eben ja—ja, eben gefragt . . Ich gewesen Lazarett ja“.
?? „Lazarett, jawohl“.

Wer ich? „Doktor“.

Jahr? „19 . . . 1910 . . ja“.

Monat? „Januar . . . Januar“.

Datum? „Nein . . . nicht“.

Wo gestern? „Lazarett“.

Krank? „Nein“.

Schmerzen? „Mir gedrückt“ (deutet auf die Magengegend und hebt das Hemde hoch).

Gesund? „ja, gehen in Batterie? ja, macht er Dienst? ja, mach meinen Dienst“.

Bei der Visite: „Ich beiss Ihnen doch nicht“ . . . Fortgesetzt ziemlich eintönige Mundbewegungen, Entblößen der Zähne, Verziehung des Mundwinkels. Nach links und rechts Vorstossen von Speichel, Hochziehen der Augenbrauen. Haben Sie Krampfanfälle gehabt? „Nein, ich bin krank nicht nein“. Wann beim Militär eingetreten? „Die Tage kommen nicht“. (Nach wiederholtem Befragen.) Wie lange Soldat? „Ein Jahr, ein Jahr ja“. Aufregung gehabt? „Ich komme doch“. Was für Aufregung? — Besonders häufig kommt eine Mundverziehung vor, bei der die rechte Mundhälfte fest geschlossen, die linke weit geöffnet wird. Seit wann so verändert? „Mir wurde gesagt, ja, diese Nacht nichts gewesen“.

Die hingehaltene Urkette wird sofort fixiert und richtig bezeichnet, dann spontan: „Nun gesagt, läuft weg, ja, die Geschichte da, halb 2 ja, da kommen mir, kommen mir, kommen mir, besser ja die Worte“.

Uhr? Es wird $\frac{1}{2}9$ abgelesen (tatsächlich 6 Minuten vor $\frac{1}{2}10$).

$2 \times 3?$ 6, $8 \times 9 = 48$. ?!) Stimmt. Sieht den Arzt dabei gross an.

Farbe Blut? Nach langer Pause „Blut“ (kurz hervorgestossen. ?!). Verzieht das Gesicht, grimassiert und schüttelt den Kopf. Weiss, Weiss . . .

Welche Farbe der Schnee? Ja —0.

Verstehen Sie meine Frage? „Ich verstehe ja“. Fortwährendes Fingerspiel und Grimassieren, aber keine Antwort. „Mag die Geschichte nicht“.

?!) „Ja Gesicht“.

?!) „Der hat welche, ist die Geschichte ja“.

Auf tiefe Stiche in die behaarte Kopfhaut keine Schmerzreaktion, bei tiefen Stichen in die Nasenschleimhaut Zusammenpressen der Kiefer. Kein Blinzeln.

Klinische Vorstellung. (Spontan-Aeusserungen.)

Ich erzähle die Geschichte . . . Ich setze ja, ja, ich setze die Stühle her.

Wie heissen Sie? „r.“

Was sind Sie? „Ja, die Geschichte, ja“.

?!) Ich, herkommen, ein Jahr Schiessschule, ja erzählen Sie die Geschichte?

2 × 3? Ja, 6.

Farbe Blut? „Weiss, weiss ja“.

Farbe Schnee? „Er kommt nicht durcheinander“.

?!) „Er kommt, ja er kommt, setzen, nicht hier stehen, Stühle bringen Sie mir.

Zurufen?

Fisch? 0. Tanzen? 0.

Gift? 0. Krank? 0.

Keinerlei assoziative Reaktion.

Auf Stiche keine Reaktion.

8. 2. 1910. Pat. verhielt sich nachts ruhig, auch heute dieselbe Mundstellung und fortwährender starker Speichelfluss. Der vorgehaltenen Pistole weicht Pat. aus, beim Knall kein Blinzeln. Auf den Wärter Sch. aufmerksam gemacht, der mit dem Pat. in einer Batterie gedient hat, erkennt er ihn wieder. Als ihm der Name genannt wird, nickt er mit dem Kopf und wiederholt den Namen mehrmals.

9. 2. Visite. Hände leicht zyanotisch, bis jetzt reinlich.

10. 2. Wer bin ich? „ja, frei weg“.

Wo hier? „ja“.

Auch heute dieselbe Mundstellung, starker Speichelfluss.

12. 2. Die Mundstellung ist noch nicht anders geworden, immer noch starker Speichelfluss. Auf die Frage, wie es ihm gehe, macht er mit seinem Munde eigenartige Bewegungen, als wenn er sprechen wollte, lallt einige Worte, die ganz unverständlich sind, und grimassiert im Gesicht. Er verhält sich sonst ruhig, sein Appetit und Schlaf sind gut. Häufig steht er aufrecht im Bett.

13. 2. Auf Befragen gibt Pat. an, dass er vom Lazarett nach dem Krankenhaus gebracht worden wäre, dazwischen sei ein weiter Weg gewesen. Er wollte dann anscheinend erzählen, wie er hierher gekommen ist, konnte es aber nicht aussprechen. Weiterhin sagt er, dass im Lazarett ein Arzt mit einem weissen Mantel gewesen wäre, und dass hier auch ein Arzt mit einem weissen Mantel sei, deshalb müsse hier auch ein Lazarett sein.

14. 2. Reibt an den Beinen und sagt, er möchte die die . . . (kann das Wort nicht finden) und als gesagt wird: die Hosen, sagt er ja, die Hosen.

Perkussionshammer? 0.

Ist es ein Nagel? 0.

Ist es ein Hammer? 0.

Schlüssel? „Das ist die“ (macht die entsprechende Handbewegung).

Ist es ein Schlüssel? „Schlüssel“ (lacht dazu erfreut).

Uhr? „Na läuft mir weg, ja“ (mit weinerlicher Stimme und schlägt sich gegen die Stirn).

Ist es ein Taschentuch? fasst nach seinem Taschentuch und sagt erfreut: „Tucha, Tucha“ und zeigt es.

Noch einmal gezeigt: „Die Uhr fertig“. Haben Sie Krampfanfälle gehabt? „ja“, macht die entsprechende Bewegung und sagt die Geschichte.

Wann gehabt? 0.

In der Schule? „ja“.

Sieht heute den Arzt mit freudigem erstaunten Gesicht an. Wer bin ich? deutet auf die Aerzte und sagt: „Doktor, Doktor, Doktor“. Uhr? „Läuft ja immer im Kopf, läuft, läuft“.

Ist es ein Löffel? „Schüttelt den Kopf“.

Ist es eine Uhr? „ja“, mit freudigem Lachen.

Wie viel ist die Uhr? „12“ (in der Tat war 11).

Welche Farbe der Schnee? „liegt die Wege“.

Wie sieht er aus? Fasst das Betttuch zwischen seine Hände und sucht nach dem Worte, äussert dann „diese“ und sieht dabei das Betttuch an.

Hell? 0.

Weiss? „ja“.

Deutet dann noch einmal auf die Stirn und sagt: „da die Worte — — läuft, läuft“.

$2 \times 3 = 6$.

15.—16. 2. (Wachbericht). Pat. wollte sich von Anfang der Wache mit seinem Nachbar unterhalten. Pat. S. gab ihm jedoch keine Antwort, dann nahm Pat. eine sitzende Stellung ein, so dass es aussah, als wenn sich Pat. mit seinem Nachbarn weiter unterhalten wollte, später legte Pat. sich hin, und schlief bis zum Morgen.

16.—17. 2. (Wachbericht). Um $1\frac{1}{2}$ Uhr stand Pat. auf und fragte verwundert, wo er denn sei und was er im Krankenbett machen sollte. Auf Fragen gab er ganz klare Antworten, las die Uhr genau ab. Er stand dann auf, kam an den Tisch vor und unterhielt sich mit Pat. R., wobei er richtige Auskunft gab. Alsdann fragte er, ob er an seine Mutter geschrieben habe; als ihm dies verneint wurde, bat Pat., ein paar Zeilen schreiben zu dürfen. Er bat dann um ein anderes Bett und sagte, es komme ihm alles so komisch vor. Es sei ihm im Kopf noch so dumm und im Kehlkopf laufe ihm immer noch etwas zusammen. Er möchte gleich Dienst machen. Pat. wünschte allen gute Nacht und legte sich dann hin. Auf Befragen gibt er ganz genau die Dauer seiner bisherigen Dienstzeit an, Oktober wurde er entlassen. Auf weitere Fragen gab er ganz klare Auskunft. Pat. schlief dann gut bis zum Morgen.

17. 2. Wo hier? „im Krankenhaus“.

Wer ich? „Herr Doktor“.

Jahr? „1910“.

Monat? „Februar“.

Auf Befragen gibt Pat. an, dass ihm eines Tages, als er mit seiner Batterie von einer Schiessübung zurückkehrte, plötzlich auf dem Kasernenhofe „seine Gedanken geschwunden“ wären. Ueber die Vorgänge in der Zwischenzeit weiss er absolut nichts.

Weiss nicht, wie er hierher gekommen ist. Haben Sie mich schon mal gesehen? „Nein“. Gestern schon bei Ihnen? „nein“.

Früher Krampfanfälle? „ich weiss nicht“.

Früher Krämpfe? „es hat immer nur in den Beinen gezogen“.

Mundfazialisinnervation heute fast symmetrisch. Behauptet, die Uhr des Arztes noch nicht gesehen zu haben.

Frägt dann, was er eigentlich gemacht habe, ob er einen totgeschlagen habe. Sieht dann nach seinen Händen und sagt: „Ich weiss gar nicht, das ist doch nicht mein Fleisch, ich habe doch früher anderes Fleisch gehabt“.

Seit wann hier? „Seit gestern“.

Wer ich? „Herrn Doktor gestern gesehen“.

Wo hier? „Krankenhaus in Berlin“.

Krank? „Ich fühle mich gerade so, als wenn ich in einem, in einem, als wenn ich ganz aufgedunstet bin“.

Patient sitzt ruhig im Bett, der Gesichtsausdruck ist lebhaft, Gegenstände werden richtig bezeichnet.

Datum? „17. Februar“.

Soldat? „Ja“.

19. 2. Wie auf der Schule gelernt? „Gut“.

Wieviel Klassen die Schule? „Zuerst Volksschule bis 10. oder 11. Lebensjahre, dann noch eine höhere Schule und dann in die Stadtschule nach Tilsit“.

Gibt an, nicht sitzen geblieben zu sein, sondern Nachhilfestunden gehabt zu haben.

317? „r.“

Kolonie? „Ist eine neuangelegte Ansiedlung“. Auch jetzt noch beim Sprechen oft Hochziehen der Augenbrauen.

19.—20. 2. (Wachbericht). Patient war von Anfang der Wache aufgeregt und weinte laut. Dann kam Pat. aus dem Bett und behauptete, der Arzt hätte gesagt er wäre geisteskrank. Pat. sah den Arzt immer in einer Ecke stehen, „ich sehe ihn ja“. Auf Zureden legte Pat. sich dann ins Bett. Nach einer halben Stunde meint der Pat., der Doktor stehe in der Tür, er könne nicht hingehen, sonst reisst Pat. dem Doktor die Nase ab.

Pat. sah fortwährend nach der Tür, dann führte Pat. leise Selbstgespräche und drohte mit der Hand nach der Tür. Pat. sagte später: „Da an der Tür brennt Licht und da tanzt der Doktor auf ein Bein, wenn ich hingeh, dann schlage ich den Hund tot“. Als der Wärter ihm sagte, dass da niemand steht, ging Pat. auf die Tür zu und schlug mit der Faust rein, und sagte, „jetzt geht er zurück“. Dann legte Pat. sich wieder ins Bett. Auf Anordnung des Arztes bekam Pat. 1,5 Veronal und 2 Löffel Amylenhydrat. Pat. blieb wach, frug den Wärter fortwährend, wie spät es sei, er könne die Uhr nicht mehr sehen. Pat. blieb aufgerichtet im Bett sitzen und sah fortwährend nach der Tür, dann kam der Pat. zu dem Wärter und sagte, er möchte ihm doch Hilfe leisten, er allein bekommt ihn dort von der Tür nicht weg. Als der Wärter ihm erklärte, dass da niemand sei, fing Pat. an zu weinen und bat, „helfen Sie mir doch, da kommt er, der will mich erwürgen, wenn er dort nicht weg geht, dann muss ich mich aufhängen. Erwürgen lassen will ich mich nicht, nicht von ihm“. Um $1\frac{1}{2}$ Uhr schlief Pat. in sitzender Stellung, rechte Hand am Kopf, ein,

legte sich nach einer halben Stunde erst hin und schlief dann mit Unterbrechung bis früh.

21. 2. Behauptet seit gestern, dass ein Volontärarzt, der eine Brille trägt, ihn als geisteskrank bezeichnet habe. Sieht ihn auch heute unverwandt an und äussert: „Brille abnehmen — allein mal — Willen mich betrügen — Sie denken ich kenne nicht mehr ein Talglicht. (Bezieht sich auf die Intelligenzprüfung, Pupillenprüfung mit dem Wachsstock.) Ich kenne Honig doch und da wollen Sie mir vorreden, das ist ein Talglicht. Oft stotterndes Wiederholen einzelner Worte und kurzer Satzteile. Linke Unterlippe wieder schief nach unten gezogen.

Es wird ihm das Talglicht gezeigt, er greift danach und sagt: „Licht — Licht“.

Was ist das? „Wie Honig sieht's aus“, behauptet dann, es wäre Talglicht, wirklich ein Honiglicht.

Gestern floss ihm der Speichel wieder aus dem Mundwinkel auf das Hemd.

Abends liest Pat. in der Zeitung von einem Beileidstelegramm des Kaisers nach dem Ableben des Grafen Stollberg. Sagt dann zum Arzt: „Wie kann denn der Kaiser den Grafen beleidigen!“

Warum Mund verzogen? „Ich mach' das doch nicht. Ich war mit einem guten Menschen am Bett, jetzt muss ich fort, mit dem mit der Brille“.

Sind Sie nun vernünftig? „Ja“.

Ganz klar doch nicht? „Bin ganz klar“.

Benommen? „Das kann ich doch nicht glauben“.

Spontan: „Die Klappen schreien hier, ich halte es nicht aus.“

26. 2. „War heut morgen verreist, war in der polnischen Weltausstellung in Paris und habe mir den Klapperstorch angesehen“.

Wie sah er aus? „Grün mit schwarzen Federn“.

Blauem Kopf? Ja, hat er einen blauen Kopf“.

Rote Federn? „Ja, hat er rote Federn“.

Kariert? „War er kariert“.

Behauptet dann, sein Rücken wäre blutig, er habe es beim Baden gesehen.

27. 2. Die machen hier tolle Sachen, das kann ich nicht aushalten, wie in einer Maschine bin ich hier drin (bezieht sich wohl auf den tobsüchtigen Baron).

Merkzahl 472.

Es war 472 diktiert.

1. 3. War nachts sehr aufgeregt, sprach sehr laut und nahm den andern Pat. die Decke weg. Wollte die Fensterscheibe zerschlagen.

8³⁰ Uhr 1 Spr. Hyoscin. Schläft darauf bis zum Morgen.

Behauptet am Morgen, die ganze Nacht geschlafen zu haben.

3. 3. Pat. erhält eine Karte von einer Schwester, welche er nicht annehmen will, er heisse nicht Max, sondern Ludwig; er sei Ludwig XVI. Später äussert er, ihm sei der Kopf auseinandergeplatzt, ihm sei ganz bunt im Kopf.

4. 3. Pat. gerät gegen 6 Uhr mit einem Wärter in Streit, geht auf diesen los und versucht ihn zu schlagen. Er ist dann sehr erregt, schimpft laut mit

unverständlichen Worten und nimmt ganz eigentümliche Körperhaltungen an. Er krampft bald den ganzen Körper zusammen, bald liegt er wie auf dem Querbett, den Kopf nach unten, die Arme gespreizt in der Luft.

7. 3. Sobald Pat. angeredet wird, zeigt er ein weites Aufreissen der Augen, Hochziehen von Brauen und Stirn, und ein Verziehen des linken Mundwinkels nach unten und zur Seite.

8. 3. Pat. war am Morgen aufgeregt und schimpft und rüttelt an den Türen.

Weshalb? „Ja, ja, wollen totmachen — der Dicke, der Dicke, raus, ich, ich — ich habe ihm“ (ballt die Faust und schlägt um sich).

Klinische Vorstellung, nach derselben. Wo waren Sie vorhin? „In der Weltausstellung — der Dicke, der Dicke“.

Er rüttelt an den Türen, geht auf Wärter und Pat. los, wirft den Pat. K. mit Wucht an die Wand seines Kastenbettes und den Pat. P. aus dem Bett, wobei der letztere eine leichte Hautabschürfung davon trägt.

8. 3. Nachtrag, klinische Vorstellung.

Geh. Z.: Wer bin ich? „Weiss — weiss weiss ich“.

Was? „Fischer“.

Geh. Z. setzt dann Pat. ein Hörrohr auf die Brust.

Was bin ich? „Ziehst aus, hier doch (Pat. versucht seine Jacke zu öffnen).“

Was? „Doktor“. Wo hier? „Tilsit“.

Welches Jahr? Falsche Antwort.

Welcher Monat? „Juni“.

Welche Tageszeit? „Abend“.

Wie lange hier? „1 Jahr“.

Haben Sie Angst? „Ich nur hier stehen, jetzt ist sie weg“.

Welche Farbe hat das Blut? „blau“.

(Es wird ihm ein Wachsstock gezeigt.) Was ist das? „Honig“.

Wieviele Beine hat ein Pferd? „8“.

9. 3. Hat den ganzen Tag geschlafen.

10. 3. Lag ruhig im Bett.

11. 3. An diesem Tage geriet er zweimal mit einem Wärter aneinander, den er verprügeln wollte. Er rollt dabei die Augen und Schaum tritt ihm vor den Mund. Der Körper wankt dabei stark hin und her, ohne indessen hinzustürzen. Mit seinen Armen macht er eigenartige pathetische Bewegungen, schlägt sich dabei zeitweilig auf Brust und Rücken. Die Worte, welche er sprechen will, wiederholt er 5 mal und mehr, ohne irgendeine Satzstellung zusammen. Nach einer Spritze Hyoscin beruhigt er sich.

12. 3. Bei der Visite liegt der Pat. zusammengekauert an dem Fussende des Bettes eines Mitpatienten. Er hat dabei seine Hände um den Fuss des Bettes geschlungen. Das rechte Bein ist im Knigelenk gebeugt, das linke ausgestreckt auf dem Boden; der Oberkörper ist stark gekrümmt, der Kopf herabgesunken. In dieser Stellung verharret er ungefähr eine Stunde, schläft ein und wird zu Bett gebracht.

13. 3. Am Abend ist Pat. wieder unruhig, will sein Bett verlassen. Er erhält 1,0 Veronal.

Pat. geht gegen Abend auf den Pat. P. los, wird aber zurückgehalten. Auf die Frage weshalb, bringt er nur die Worte „Dieser dieser“ . . . heraus. Er macht den Eindruck, als ob er nach weiteren Worten suche, sie aber nicht finden könne. Mehrmals schlägt er sich dabei mit der geballten Faust gegen die Stirn.

15. 3. Er verhält sich heute ruhig.

16. 3. Pat., welcher ein kleines Glasstückchen auf der Erde fand, wollte dieses nicht herausgeben; es musste gewaltsam abgenommen werden, wobei er sich eine Kratzwunde am linken Ellenbogen zuzog; ebenso einige Schrammen an der linken Bauchseite.

18. 3. Pat. häuft alle Zeitungen, Trinkbecher, welche er anderen Pat. abnimmt, unter seinen Decken zusammen. Auf die Frage, weshalb er das tue, bringt er nur das eine Wort heraus: „Schind, Schind“ . . . welches er 5 bis 6mal wiederholt. Mittags will Pat. kein Mittagessen zu sich nehmen und liegt den ganzen Nachmittag starr vor sich hinsehend im Bett. Er stösst dann die Worte aus: „Stehlen — stehlen. Mittagessen nicht essen“; er fängt dann laut an zu weinen. (Am Morgen war bei der Visite davon die Rede, dass Pat. als Soldat gestohlen haben soll).

19. 3. Was sollen Sie gestohlen haben? „Nichts“.

Was? „Essen“.

Wem? „Hier — den den den“.

Wem denn?! Runzelt die Stirn, scheuert Bart und Hals, antwortet aber nicht.

21. 3. Während der Nacht war Pat. ruhig, er macht in den letzten Tagen reibende Bewegungen auf seinem Bauch; nach der Ursache gefragt, bringt er nur die Worte heraus: „hart, hart“.

22. 3. Pat. geriet in der Nacht mit dem Pat. H. in Streit und bringt diesem einen Schlag ins rechte Auge bei.

24. 3. „Mir ist so duselig im Kopf; 99 Tage war ich in Untersuchungshaft — 99 Tage, da habe ich — da habe ich gearbeitet, meine Papiere geschrieben. Bestraft bin ich, bestraft mit, mit . . . — wieviel Wochen weiss ich nicht — Berufung, Berufung eingelegt, ich habe zwei Bogen geschrieben.“

Bei welchem Regiment gedient? „Artillerie 53“.

Wo? „Bromberg“

Wann geboren? „1887“

Wie alt? „23 Jahre“

Wie heisst Ihr Hauptmann? von V.

Der Leutnant? v. H.

Der Oberst? Seine Exzellenz von K.

26. 3. Pat. ist heute sehr unruhig, er erklärt: „die Syphilis geht in meinem Leib rum. hier ist schon alles dick geworden (er zeigt auf seine Muskulatur), meine Körperteile sind schon ganz gelb geworden, ich werde hier schon durch die Syphilis verfaulen“. Pat. beginnt laut an zu weinen, lässt

sich aber durch einen kleinen Scherz zum lauten Lachen umstimmen. Er setzt sich dann hin und verfasst einen Bericht über seine Krankheit.

Berlin d. 27. März 1909.

Einige Anmerkungen über meine Geschlechtskrankheit.

Ich entsinne mich ganz genau, als ich in Untersuchungshaft war, meldete ich Herrn Oberarzt Dr. Wiedel, dass ich bei mir Schanker bemerkte, an der linken Seite der Kreuzfurche eine offene Stelle. Hierauf erhielt ich den Befehl, das Glied täglich mehrere Male mit kaltem Wasser zu kühlen. — Auch war die Vorhaut am angeschwollen. — Es wurden mir auch mehrere Stückchen Gaze in die Zelle gebracht, von Herrn Sanitätsfeldwebel So habe ich denn nun einige Zeit in der Zelle gesessen.

Dann bin ich nach dem Lazarett gebracht worden.

29. 3. Der Pat. zeigt in den letzten Tagen ein ganz verändertes Wesen, er ist jetzt vollständig ruhig und liegt nachsinnend im Bett. Die Sprache ist nicht mehr so stockend wie früher, sie ist heute verhältnismässig fliessend. Während er früher stets erklärt hatte, über einen Diebstahl nichts zu wissen, ebenso wie von einer syphilitischen Infektion, vermag er heute, Einzelheiten anzugeben. „Nach und nach ist mir alles eingefallen.“ Auch die Intelligenzprüfung ergibt bessere Resultate.

Haben Sie gestohlen? „Nein“.

Haben Sie Geld gestohlen? „Nein“.

„Ich habe die Pakete von der Post geholt, da sollen Geld und andere Sachen weggekommen sein.“

Haben Sie doch nicht etwas Geld herausgenommen? „Nein, ich habe von meiner Schwester vorher Geld erhalten und auch 15 Mark von Hause. Ich bin angeklagt worden, aber ein Offizier als Verteidiger ist mir versagt worden, weil es sich um einen schweren Diebstahl handelte. Der Verteidiger war Rechtsanwalt S., der Kriegsgerichtsrat Dr. M. Ich wurde zu der geringsten Strafe — 6 Wochen Gefängnis verurteilt — Untersuchungshaft abgerechnet. Damals konnte ich mich nicht verteidigen, da meine Sprache schlechter war. Ich habe dann gleich Berufung eingelegt auf Rat meines Verteidigers und auf meinen eigenen Willen hin“. Der Pat. erzählt dann den weiteren Verlauf seiner Angelegenheit ganz genau bis zu allen Einzelheiten. Manche Dinge weiss er unter Angabe der Stunde zu erzählen. Er gibt dabei auch an, dass es ihm ausserordentlich peinlich sei, wenn auf Kontrollversammlungen die Strafen vorgelesen würden, wo er doch nichts getan habe.

30. 3. Pat. klagt heute über Schmerzen in der Brust und glaubt, das Sekret seiner Nase müsse wohl nach hinten abfliessen, da vorne nichts mehr herauskomme.

„Dass ich leidend bin, weiss ich schon früher, aber dass ich jetzt nicht weiss, was zuletzt passiert ist, das verstehe ich nicht. Ich habe früher zeitweise nicht gewusst, was ich gemacht habe. Eine Stellung habe ich für ein ganzes Jahr angenommen, ich konnte sie aber nicht durchführen. So sollte

ich auf dem Gute ein Mädchen geschlagen haben, aber ich wusste nichts davon; erst als ich vom Gericht die Vorladung erhielt, hörte ich davon. Ich wurde zu 3 Mark Strafe verurteilt und ich wollte damals bis zum höchsten Gericht gehen und wenn die Sache nicht durch Zureden vom Herrn Amtsgerichtsrat erledigt worden wäre, so schwebte sie heute noch. Ich war bei Kräften, aber ich war geistig krank. Ich stellte die Gespanne richtig an, verteilte die Leute, aber wenn mal etwas verkehrt war, so wusste ich nachher nichts davon. Auch beim Militär war es nichts, ich verwechselte die Kokarden und fiel immer auf. Was soll nun aus mir werden, meine Mutter hat mich etwas lernen lassen und ich möchte ihr in dem Alter etwas Gutes tun.“ Pat. beginnt laut an zu weinen. Von dem Verziehen des Mundes, dem Krausziehen der Stirne ist nicht das Geringste mehr wahrzunehmen.

31. 3. Vormittag. Heute ist der Pat. wieder unruhiger, er läuft wieder erregt durch den Saal. Zeigt wieder das gleiche Zeichen des Gesichts wie früher, auch die Sprache ist wieder stöckend.

„Wenn ich, ich . . kriege . . den Oberstabsarzt — ich kriege ihn — kriege ihn . . . meine Papiere, die sind, sind, sind . . . nehme meinen Löffel Lebertran, kriege Appetit und besser Stuhlgang — nein, nein heisst nicht Lebertran, ich — ich — will doch nicht verfaulen.“ (Der Pat. leidet an einem spezifischen sekundären-makulösen Exanthem).

Nachmittag. Der Pat., welcher während der letzten beiden Tage verlangt hatte, von einem Herrn der Hautklinik untersucht zu werden, wird, als seinem Wunsche nachgekommen ist, wieder ruhiger; der Erregungszustand des Vormittags klingt vollständig ab.

$4 \times 33? r.$

Merkzahlen $\left\{ \begin{array}{l} 624378 r. \\ 274536 r. \end{array} \right.$

Aufgabe behalten.

$5 \times 47? r.$ (Sehr schnell gerechnet.)

368 420 r.

537 48 37 r.

Aufgabe vergessen.

$13 \times 12? r.$

367 426 78 r.

527 476 43 r.

Aufgabe behalten.

Wieviel bringen 450 M. zu $4\frac{0}{100}?$ r.

2 Pferde 3700 M. wieviel 1 Pferd? r.

4 Pferde 9230 M. 1 Pferd? r.

634789206? r.

920 642 374 8? Falsch bei der 10. Stelle. Welche Aufgabe zuletzt? Richtig mit genauer Zahlenangabe.

Stadt, Dorf? Die Stadt ist Stadt, weiter begrenzt wie ein Dorf.

Irrtum, Lüge? Lüge mit vollem Bewusstsein.

Rechtsanwalt, Staatsanwalt? Der Staatsanwalt ist angestellt, der Rechtsanwalt ist für das Volk da.

Leiter, Treppe? In Ostpreussen ist beides eins, hier ist die Leiter von Sprossen, die Treppe von Stufen.

Monate rückwärts? r.

Obgleich der Hund bissig ist? Lläuft er los herum.

7 + 23? 30 r.

7 + 2750? 5400 f.

Wie rechnen Sie das? Indem ich die beiden Faktoren abziehe.

4. 4. Der Pat. liegt heute ruhig im Bett, er meint, er würde trotz der Schmierkur seine Krankheit nicht überstehen; er sei schon ganz gelb am Körper und er habe starke Schmerzen in der Brust.

2. 4. Heute ist der Pat. weniger klar, am Körper findet sich ein grossfleckiges Syphilid; auch leidet er an einer Angina specifica.

4. 4. Der Pat. klagt heute über Schmerzen im Leib; er leidet ferner an Diarrhoen, während in den Tagen vorher eine Ostipation bestand. Temperatur 38,9°. Der Leib ist mässig aufgetrieben, und bei Druck auf der rechten Seite schmerzempfindlich. Der Pat. redet wieder mit stockender Sprache und zeigt wieder das alte Grimassieren.

Am Nachmittag beträgt die Temperatur 39,8°. Puls 102, voll und regelmässig. Am Morgen hat der Pat. wieder Erbrechen.

5. 4. Die Schmerzen haben nachgelassen; Temperatur 37,5°. (Leichte Appendicitis simplex). Die Konjunktiven zeigen eine leichte ikterische Verfärbung.

7. 4. Die Appendicitis ist abgeklungen, der Pat. ist augenblicklich nicht imstande einfache Rechenaufgaben zu lösen, die Sprache ist stockend; er vergeift sich zuweilen in den Wörtern, sagt z. B. statt Hauptmann - Haus; beim Sprechen kratzt er auf seinem Kopfe herum, fährt mit der Hand durch die Haare, zieht die Stirn in Falten, und verzieht den Mund. Die Schrift, welche z. B. am 27. 3. gut zu lesen und richtig war, ist kaum zu lesen und voll orthographischer Fehler. Die Stimmung ist sehr schwankend, zuweilen beginnt er über Kleinigkeiten zu weinen.

9. IV. Der Pat. gerät heute über eine Kleinigkeit in die heftigste Aufregung, er verzieht dabei das Gesicht krampfhaft, die Stimme wird lallend, der ganze Oberkörper zeigt eine intensive Röte, sonst gleicher Zustand wie am 7. 3., später erklärt er, er könne noch Millionen verdienen als Landwirt. Er wolle die Weltausstellung beschioken und bekäme für einen Ochsen 8000 Mark.

11. 4. Dem Pat. werden heute zwei Zähne gezogen; vorher und nachher stellt er sich vor den Spiegel und schneidet Grimassen. Kurze Zeit darauf gerät er wieder in einen hochgradigen Erregungszustand, er schimpft, dass man ihm die Zähne nicht richtig gezogen und erklärt, er würde dem Arzt das Genick brechen. Er ist nur schwer zur Ruhe zu bringen. (1 mg Hyoszin.)

13. 4. Der Pat. erklärt heute, er habe eine Million zurückgelegt und er habe die Pläne zu einer grossen Villa gezeichnet, er wünsche jetzt entlassen zu werden, um das Haus bauen zu können.

14. 4. 17. Der Pat. gerät auf der chirurgischen Klinik, als ihm ein paar Zähne gezogen werden sollen, wieder in einen derartigen Erregungszustand, dass die Extraktion nicht ausführbar ist. Auch heute hält er die Behauptung aufrecht, er besitze 2 Millionen und wolle sich jetzt eine Villa bauen.

17. 4. 6×5 ? f.

635 489 f. bei der 3. Zahl.

580 474 f. bei der 4. Zahl.

Dorf, Stadt? „Das ist gleich“.

Irrtum, Lüge? 0

Fluss, Teich? „Der Teich, der Teich, Teich ist — ist — ist eine Abtrennung vom Fluss“.

Starker Speichelfluss und Verziehen der Mundwinkel, weites Aufreissen der Augen und Krausziehen der Stirne. Die Sprache hat wieder etwas Stockendes; der Pat. vergreift sich wieder in den Worten und fährt sich beim Sprechen fortwährend durch die Haare.

18. 4. Der Pat. erklärte heute, er habe in der Nacht einen Unteroffizier gesehen, welcher ihn habe holen wollen, er verlange jetzt dringend entlassen zu werden; ich werde noch Leutnant und Oberleutnant.

20. 4. Der Pat. erklärt heute, es seien ihm 2000 M. aus dem Bett gestohlen, und gerät dann in einen starken Erregungszustand. Er lässt sich langsam zur Erde gleiten, schreit und weint „Meinetwegen, ver-ver-verfressen“. Er bleibt ungefähr 20 Minuten auf dem Fussboden liegen, läuft dann noch einige Zeit im Zimmer herum und legt sich dann zu Bett.

21. 4. Der Pat. klagt heute über Schmerzen in der rechten Bauchgegend, leidet ferner an Durchfällen.

24. 4. Liegt ruhig im Bett, verlangt immer wieder zur Batterie entlassen zu werden; er sei ganz gesund, er solle hier nur abgeschlachtet und unter die Erde gebracht werden; auf Orientierungsfragen gibt er richtige Antwort. einfache Rechenexempel vermag er heute nicht zu lösen, auch auf Unterschiedsfragen gibt er heute ungenügende oder falsche Antwort.

27. 4. Als dem Pat. eine Zeitung angeboten wird, beginnt er zu weinen, „ich lese, ich lese und kann doch nichts behalten, es ist alles gleich weg“. Im Kolleg sieht er einen Oberstabsarzt, den er nie gesehen für einen früheren Hauptmann an, er gibt ferner an, in der Nacht einen General gesehen zu haben, welcher ihn habe holen wollen.

28. 4. Erkennt Prof. Z. nach vierwöchiger Abwesenheit gleich wieder. Schlägt heute und tritt nach dem Arzt.

1. 5. In den letzten beiden Tagen keinerlei Erregungszustände.

2. 5. Pat. ist ziemlich erregt. Als ein Zimmergenosse eine Bemerkung macht, springt er aus dem Bett und schlägt ihm mit der Faust zweimal auf den Kopf.

3. 5. Pat. gibt an, unter dem rechten Rippenbogen Schmerzen zu haben. Ein objektiver Befund lässt sich nicht erheben.

6. 5. Pat. ist ruhig, sagt: „Ich ganz gesund“. Auf Fragen antwortet er nicht. „Ich möchte doch gerne raus. Wenn ich hier nicht angenommen werde,

gehe ich zum Auslandsmilitär. Ich kann Millionen verdienen. Ich kann noch General werden“.

7. 5. „Wenn ich hier nicht die Tressen kriege, mache ich mir selbst ein Armeekorps, ich kann damit Millionen verdienen.“

9. 5. Pat. verweigert die Schmierkur und sagt, er wolle heute nach der Hautklinik gehen. Ordination. Schmierkur nicht erzwingen.

11. 5. Pat. lässt sich, nachdem er Senna bekommen hat und Stuhl danach hatte, wieder schmieren.

13. 5. Pat. springt gestern Nachmittag aus dem Bett und greift den Pat. R. an. Auf Vorhaltungen wird er sehr erregt, wirft seinen Kakao um und verlässt das Bett und sagt wiederholt: „Ich konnt nicht an mich halten, es ging nicht mehr“.

15. 5. Pat. ist heute und gestern ruhig, zeigt auch dem Arzt. den er anlässlich des Berichtes über den Streit S.-R. Lügen vorwarf, ein ruhiges Benehmen und scheint auf Vorhaltungen einsichtig zu sein.

16. 5. Pat. bat gestern, dass ein Wärter für ihn einen Brief schreiben dürfe.

19. 5. Pat. ist heute $\frac{1}{2}$ Std. unter besonderer Aufsicht in den Garten gegangen und hat sich dabei korrekt benommen. Wird abends sehr unruhig.

20. 5. Heute früh will Pat. durchaus nach der Hautklinik. Sei belogen und betrogen vom Arzt. Donnert mit den Fäusten an die Tür und will fort. War wieder geordnet im Garten.

25. 5. Pat. bekommt, als er heute nachmittags im Garten vom Pat. O. mit kleinen Steinchen beworfen wird, einen starken Erregungszustand, schimpft und schreit und weint vor Wut. Zertrümmert in seiner Wut eine Scheibe in der Gartentür, ohne sich erheblich zu verletzen. Lässt sich aber gutwillig zu Bett bringen, wo er noch lange Zeit weint und schimpft. Verhalten sonst korrekt.

3. 6. Verhalten des Pat. ist in den letzten Tagen korrekt gewesen.

12. 6. Pat. beschwert sich, dass er nicht genügend Zeit zum Baden habe und ihm das Wasser vorzeitig abgekühlt sei. Tatsächlich hat er reichlich Zeit gehabt. Er schimpft und zankt deswegen den ganzen Morgen etwa 10 Min. Baden.

14. 6. Heut wieder ruhig.

20. 6. Klagt heut über Halsschmerzen, der Rachen ist gerötet. Temperatur morgens 38°. Ord. Bettruhe, Umschlag.

23. 6. Rötung des Rachens ist vorüber. Extraktion zweier kariöser Zahnwurzeln des Unterkiefers unter Lokalanästhesie.

2. 7. Verhalten des Pat. nach wie vor korrekt, beschäftigt sich viel mit Kartenspiel.

3. 7. Uebergibt heute ein von ihm in ausgezeichneter Handschrift geschriebenes Gesuch an sein Regiment.

24. 7. Fertigt auf Aufforderung einen Aufsatz über das Thema: „Was der Krieg für einen Nutzen bringt“ an.

29. 7. Verfasst heute ein Schreiben an den Kriegsminister, in dem er ganz vernünftig auseinander setzt, dass er auf Anwendung des § 51 verzichte, da er nicht geisteskrank, sondern unschuldig sei.

31. 7. Pat. wird durch 3 Soldaten abgeholt und nach Buch überführt.

Die Diagnose auf Grund dieser Beobachtung lautete: Hysterischer Dämmerzustand? Dem. praecox?

In Buch war er einige Monate ruhig.

In einem 1912 erstatteten Gutachten des Herrn Generalarztes G. heisst es über das fernere Schicksal unseres Kranken:

S. wurde durch Verfügung des Generalkommandos vom 13. 7. 1910 wegen Geisteskrankheit (jugendliche Verblödung) infolge Dienstbeschädigung als zeitig (1 Jahr) 100 pCt. erwerbsunfähig, und zeitig (1 Jahr) einfach verstümmelt anerkannt.

Zur Zeit der Anerkennung befand er sich in der Irrenanstalt Buch. Am 7. 9. 1910 wurde er von der Mutter nach Hause gebracht, die Anstalt entliess ihn als „gebessert“. Ein Antrag der Mutter vom 1. 11. auf Erhöhung der Verstümmelungszulage führte zu einer ausserterminlichen Untersuchung. In dieser Untersuchung vom 30. 12. wurde S. als nicht verstümmelt, aber als zeitig (1 Jahr) 100 pCt. erwerbsunfähig erachtet und anerkannt. Das Wesen des S. wird darin als fahrig und urteilslos bezeichnet, die katatonischen Erscheinungen waren geschwunden. In einer Auskunft des Gemeindevorstehers vom 11. 4. 1911 wird das Aussehen als das eines völlig gesunden Menschen bezeichnet. S. bemühte sich um eine Schreiberstelle. S. war dann von Mitte Juli bis Ende September als Schreiber in Tilsit tätig, von da ab 4 Monate als Rechnungsführer auf einem Gute Frankenheim. Dann war er zwei Monate im Hause der Mutter, ging am 21. 3. 1912 als Gutsverwalter nach dem Gute Glombowen. Seit September hält er sich beschäftigungslos bei der Mutter auf. Von Glombowen wurde er nach Angaben des Amtsvorstehers am 21. 11. wegen Unredlichkeit entlassen. Auch in der Rentennachliste vom 1. 7. wird sein Wesen als zerfahren, der Blick starr, die Stimmung bald als aufgeregt und bald als weinerlich bezeichnet. In einem von ihm verfassten Schreiben machen sich inhaltlich querulantenhafte Züge bemerkbar. Nach Auskunft des Gemeindevorstehers vom 6. 11. hält er sich viel bei der Mutter auf, in den Stellungen bleibt er nicht lange. Der Gemeindevorsteher führt dieses auf seinen Gesundheitszustand zurück.

S. wurde im Lazarett im Bett behalten. Er war sehr lebhaft und erregt, erzählte den Kranken von seinen vielen Prozessen, warf aber zeitlich alles durcheinander, las mitunter, konnte das Gelesene aber nicht inhaltlich wiedergeben, sonst hielt er sich sauber, wusch sich und ass manierlich.

Auf die Aufforderung, aufzustehen, sich anzuziehen und sich zur Untersuchung auf einen Stuhl zu setzen, erscheint er schwankend, mit breitbeinigen, steifen Schritten. Wie beim Gehen, so macht sich auch im Sitzen eine gewisse Starrheit in seiner Haltung bemerkbar. Oft schlägt er ein Bein über das andere, sitzt mit steifem Oberkörper, den Kopf nach rechts gewandt da (eine bei Katatonikern häufige Haltung). Mitunter macht er stereotype Bewegungen beim Reden, macht kreisförmige Bewegungen mit dem rechten Unterarm, oder schlägt rhythmisch mit dem linken Arm auf das Knie, oder nickt mit dem Kopfe. Die Pupillen sind gleich, reagieren etwas träge. Bei geschlossenen Augen tritt leichtes Schwanken ein. Das Empfindungsvermögen

ist im ganzen etwas herabgesetzt, nicht inselförmig oder halbseitig. Die Reflexe sind gut auflösbar, nicht erhöht. Beim Sprechen grimassiert er sehr stark, die Augen werden gerollt, alle Gesichtsmuskeln sind in lebhafter Tätigkeit. Die Sprache ist hastig, aufgeregt, bei dem schnellen Sprechen macht sich Silbenstolpern bemerkbar. Besonders häufig sind Wort- und Satzwiderholungen in seinen Antworten.

Z. B. Waren Sie früher in Stellung? „Ja ich war in Stellung, ja ich war auch, war auch.“

Weshalb haben Sie ihre Stellung verlassen? „Ja ich war, ja ich war da, da ich war draus zum Schreiben, später sollte ich etwas anderes machen, das ging nicht, das ging nicht, ging nicht, ich war zu schwach.“

Sie haben einen Prozess? „Da hab ich viel Prozesse, da hab ich viel Prozesse, ich will ja alles zu Ende führen, da ich ja bloss ein Jahr, da ich ja bloss ein Jahr (fängt an verwirrt zu werden). Versteh ich nicht so richtig, weshalb habe ich, da habe ich viel.“

Ueber Person, Ort und Zeit ist er orientiert. Der Gedankenablauf ist beschleunigt, abschweifend, zerfahren.

Z. B. In welchem Jahre sind Sie geboren? „87, ich habe hier keinen Spiegel, kann garnicht sehen, ich will sehen wie das so ist, will Aussicht.“

Was machen Sie in Tilsit? „Ich sollte, na was ich da, na dass ich (lebhaft grimassierend), ich war in Buch, da habe ich meine Rente bekommen, nachher haben sie mir geraten, sagt hatte Geld unterschlagen, hat mich verklebt, ist noch nicht zu Ende, nachdem war ich nach Hause gekommen. Wie war das doch? Da waren meine Akten verschwunden.“

Die Merkfähigkeit ist herabgesetzt. Die Intelligenz ist sichtlich im Rückgange, doch ist ein stattlicher Rest der Schulkenntnisse erhalten, besonders Rechnen. Das Gedächtnis für die jüngere Vergangenheit ist lückenhaft. Seine Urteilsfähigkeit ist gering. Der Zukunft steht er völlig sorglos gegenüber, seine Gedanken werden nur von seinen Prozessen beherrscht. Dass er wegen Unterschlagung bestraft ist und wegen Meineids (nach seiner Angabe) angeklagt ist, erzählt er wie einen Scherz. Sinnestäuschungen bestehen nicht. Stereotypen sind, wie schon oben erwähnt, zur Zeit deutlich.

S. ist geisteskrank. Nach dem Verlauf der Krankheit ist anzunehmen, dass Zeiten grösserer gemüthlicher Ruhe mit Erregungszuständen wechseln. Zur Zeit besteht sicher ein derartiger Zustand von Erregung, dessen voraussichtliche Dauer nicht mit Sicherheit abzugrenzen ist. Zu irgend einer dauernden Arbeit ist S. nicht zu verwenden. Er ist zeitig (1 Jahr) 100 pCt. erwerbsunfähig. Der Anstaltspflege bedarf er nicht.

In einem Gutachten von Oberstabsarzt Prof. S. wird 1913 folgende Schilderung entworfen:

Bei ruhigster Besprechung dieser Frage fällt schon seine leichte psychische Erregbarkeit auf, er äussert den Gedanken, dass ich ihn verleumden wolle, damit kein Mensch mehr zu ihm käme; seine Stellung als Geschäftsführer in K. sei schon an und für sich schwierig, so dass er sie aufgeben müsse. Frage: „Weshalb wollen Sie die Stelle aufgeben?“ Antwort: „Die Leute kämen und

liessen sich von ihm Testamente und Klagen aufsetzen, es bezahle ihn aber niemand.“ Setzen Sie viele Klagen auf? „Ich habe schon 34 Journalnummern.“ Was erhalten Sie für solch ein Schriftstück? „Ich lasse mir 20 M. Vorschuss zahlen und arbeite mit einem Juristen in T. zusammen.“ Wer ist der Jurist? „Er ist ein sehr gescheiter Oberlehrer.“ Weshalb zahlen denn die Leute nicht? „Ich werde jetzt Geschäftsabschluss machen und den Leuten Zahlungsbefehle schicken und sie verklagen und wenn sie nicht zahlen, gehe ich nach Russland.“ Was wollen Sie in Russland? „Dort will ich littaunischer Missionspfarrer werden, dann gehe ich am Tage in die Häuser und rufe die Leute zusammen und abends predige ich littaunisch und erhalte von jedem 1 M.“ Worüber werden Sie denn predigen? „Es gibt solche Bücher, daraus lese ich ihnen etwas vor.“ Wie kommen Sie denn nach Russland? „Ich will jetzt den Aufenthalt in K. benutzen, um auf das russische Konsulat zu gehen und mir einen Pass zu holen.“ Darauf bittet er mich um seinen Pass und um seine Papiere, denn sonst erhalte er vom Konsulat keinen Pass.

Wieviel haben Sie in K. bar eingenommen und können Sie mir Leute nennen, die Ihnen grössere Summen bezahlt haben? Antwort: „500—600 M., die Namen der Leute sind mir entfallen. Sie wollen mich aber wohl auslachen, dann gehe ich Ihnen gleich an den Kragen.“

Alle Antworten werden mit einem gespannten Gesichtsausdruck gegeben, die Augen sind gross aufgerissen, auf den Fragenden gerichtet, dabei aber leer und ohne Ausdruck. Er hat eine grosse und vollgepfropfte Aktenmappe unter dem Arm, die er hastig hin und her wälzt.

Dann kommt noch eine Szene, in der er energisch auftritt und verlangt, von seinem Halsleiden im Garnisonlazarett geheilt zu werden. Als ich ihm erklärte, dass dieses erst das Kriegsministerium bestimmen müsste, beruhigte er sich und äusserte nur: das verlange ich aber, denn sonst lässt man mich nicht in Russland hinein.

Urteil: S. ist geisteskrank. Heute trat noch eine Ideenflucht besonders zutage.

Da er gutmütig und lenkbar ist, bedarf er augenblicklich der Anstaltsbehandlung nicht, ebenso ist er nicht fremder Pflege und Wartung bedürftig.

Er ist unter Berücksichtigung seines Berufes als Landwirt 100 pCt. erwerbsunfähig.

Dieser Zustand bestand schon am 1. 7. 1912. Wenn S. vorübergehend, wie vor dem 1. 7. Arbeit gefunden hat, so ist das mehr einem Zufall zuzuschreiben. Wenn er die übernommene Arbeit leisten soll, ist er infolge ungenügender Konzentrationsfähigkeit und mangelnden Verantwortungsgefühls dazu nicht imstande.

Das jetzt noch hinzugekommene Drüsenleiden steht mit dem Invaliditätsleiden in keinem Zusammenhang.

$\frac{1}{2}$ Jahr später wird S. auf Grund folgenden Gutachtens entmündigt.

Der unverheiratete Wirtschaftsführer Max S., geboren am 23. 1. 1887 in K. soll aus einer Familie stammen, in der Geisteskranke nicht vorgekommen sind. Auf der Volksschule, welche er besuchte, soll er gut gelernt und sich

als Kind regelmässig und kräftig entwickelt haben. An schweren Kinderkrankheiten und Epilepsie will er nicht gelitten haben. Nach Verlassen der Schule erlernte er die Landwirtschaft, sodann wurde er Soldat und stand vom Oktober 1908 bis Juni 1909 bei der Feldartillerie in Bromberg und von dann ab bis Ende Juli 1910 bei der Artillerie-Schiessschule in Jüterbog. Ein bei dem Gericht der I. Gardedivision in Berlin gegen S. wegen Gehorsamsverweigerung eingeleitetes Strafverfahren wurde eingestellt, da die Voraussetzungen des § 51 R.St.G.B. vorlagen. Zur Beobachtung seines Geisteszustandes wurde S. am 6. 1. 1910 nach der Charité nach Berlin und dann von hier aus am 31. 7. nach der Irrenanstalt Buch bei Potsdam übergeführt. Seine Mutter hat ihn am 7. 9. als „gebessert“ zu sich nach K. abgeholt.

Am 21. 11. 1913 leitete die Staatsanwaltschaft in L. auf Antrag der Ostpr. Landgesellschaft in Königsberg i. Pr. gegen S., der sich als Wirtschaftsassistent der genannten Gesellschaft Veruntreuungen hatte zu schulden kommen lassen, ein Strafverfahren ein. Dieses Verfahren wurde am 29. 3. 1914 nach Kenntnisnahme vom Inhalt der Militärstrafakten aus § 51 R.St.G.B. eingestellt.

Am 14. 5. fand vor dem Königlichen Amtsgericht in K. ein Termin statt. S. präsentierte sich als ein im Allgemeinen gesund aussehender Mann, auffallend war der stiere Blick und ein unstetes Rollen der Augen. Seine Antworten auf die gestellten Fragen wurden immer erst nach längerem Besinnen gegeben, teilweise wurden dieselben richtig beantwortet, indessen fielen doch erhebliche Gedächtnislücken auf. Frage: Welche Kriege hat Wilhelm I. geführt? Antwort: Den Deutsch-französischen Krieg 1860 und noch einen Krieg. Frage: Was haben wir für den Krieg bekommen? Antwort: Geld, weiter nichts. Frage: Haben wir nicht auch Land bekommen? Haben Sie schon mal etwas von Elsass-Lothringen gehört? Antwort: Nein, nur Geld, von Elsass-Lothringen habe ich schon mal was gehört. Auch auf wichtige Vorgänge in seinem Leben, die ihn, wie aus den Akten hervorgeht, früher sehr beschäftigt haben, konnte er sich nicht mehr besinnen, so, dass er geschlechtskrank gewesen ist und eine Schmierkur durchgemacht hat. Auf Befragen des Ersten Staatsanwalts über seine Rentenbezüge sowie über seine Vorstrafen gibt er verworrene Antworten und entwickelt ziemlich hochtrabende Pläne für seine Zukunft, welche er mit einem gewissen überhebenden Selbstbewusstsein vorträgt. Auch auf Befragen der Aerzte antwortet er bezüglich der überstandenen Syphilis in verneinendem Sinne. Leichtere Rechenaufgaben löste er im allgemeinen, nach allerdings langem Besinnen, richtig. Hierauf schloss sich noch eine oberflächliche körperliche Untersuchung an, welche ergab, dass die Pupillen zwar auf Lichteinfall, indessen sehr träge reagieren, dass die Kniesehnenreflexe normal sind und dass er beim Stehen mit geschlossenen Augen so erheblich schwankt, dass er ungehalten hingefallen wäre. Schliesslich wurde eine Gangprobe gemacht, welche ergab, dass er mit gespreizten Beinen, eigentümlich stampfend und unsicher geht, so dass der Herr Erste Staatsanwalt seinem Verdachte auf bestehende Rückenmarkserkrankung Ausdruck gab.

Die Sachverständigen erklärten hierauf, dass es notwendig wäre, den S. nochmals in seiner Wohnung untersuchen zu müssen, um ein endgültiges Gut-

achten abgeben zu können. Dr. K. hat den zu Entmündigenden demgemäss untersucht und am 28. 5. noch einmal gemeinsam mit dem Erstunterzeichneten. Nach Mitteilung des Dr. K. deckte sich der Befund der Untersuchung bei dem von ihm allein gemachten Besuch mit dem bei dem gemeinsam gemachten Besuch erhobenen. Er war bezüglich der körperlichen Untersuchung folgender: S. ist ein hagerer, ziemlich grosser Mann, dessen Körpertemperatur normal und dessen Puls etwas beschleunigt ist, an der linken Halsseite weist er eine 6 cm lange, 2 cm breite Narbe auf als Folge einer operativen Lymphdrüsenentfernung. Die Organe sind gesund, die Sensibilität im Wesentlichen ungestört, die Sehkraft hat nicht abgenommen, das Gesichtsfeld ist nicht eingeengt. Als auffallend erwiesen sich rasch hin und her schwankende Bewegungen ganzer Glieder, also ein Gemisch von willkürlichen und unwillkürlichen Bewegungen. Die Sprache hat etwas Objektives, was man als skandierend bezeichnet. Die Sehnenreflexe, namentlich an den Armen, aber auch an den Beinen sind erhöht. Aufgefordert, in ruhiger Haltung zu stehen, schwankt er schon bei geöffneten Augen sehr erheblich, bei geschlossenen Augen aber derartig, dass man ihn am Fallen hindern muss. Der Gang ist unsicher, er geht mit gespreizten Beinen und fast unbeweglichen Kniegelenken (spastisch-paretischer Gang). Die Pupillen reagieren nur träge auf Lichteinfall. Die Prüfung seiner geistigen Funktionen hatte folgendes Ergebnis: Er war zeitlich und örtlich orientiert. Wiederum fiel eine ausgesprochene Unbesinnlichkeit rücksichtlich wichtiger Vorgänge in seinem Vorleben auf. So konnte er sich anfänglich gar nicht darauf besinnen, dass er im Militärlazarett behandelt worden ist; als es ihm mit Bestimmtheit gesagt wurde, wusste er nicht, wie lange er dort gewesen, ob 4 Wochen oder 1 Jahr lang. Dabei antwortet er stets erst nach langem Besinnen, man merkt ihm an, dass er mit grosser Anstrengung nachdenkt. Alles sei früher anders gewesen, warum es jetzt so gekommen sei, dafür hätte er keine Erklärung. Syphilis hätte er niemals gehabt. „Wo werde ich denn so was gehabt haben.“ Darauf aufmerksam gemacht, dass er selbst darum eingekommen sei, dass er mit Salvarsan behandelt werde und dass er dieserhalb auch an das Medizinal-Kollegium geschrieben hätte, zeigt er vollständige Unbesinnlichkeit. Rücksichtlich seiner Zukunft gefragt und darauf aufmerksam gemacht, dass er doch als Gutswirtschaftler schwerlich werde bestehen können, meint er, dass er jederzeit ein Gut von 3000 Morgen bewirtschaften könne, es müsse nur immer einer aushelfen, wenn es nicht weiter ginge. Die Prüfung seiner Kenntnisse ergab leidlich gute Resultate, dagegen erwiesen sich Kombination und Merkfähigkeit als erheblich geschädigt. Seine ganze Art und Weise, zu antworten, hatte etwas Weinerliches an sich; er wollte gerne „sitzen“ oder die Sache mit Geld abmachen, nur nicht entmündigt werden, da er sich doch im Besitze seiner vollen Manneskraft fühle.

Gutachten.

Fassen wir die Ergebnisse der Ermittlungen über das Vorleben des S. und unsere tatsächlichen Beobachtungen bei dem Termin in K. und den Vorbesuchen zusammen, so kommen wir zu folgendem Schluss:

Der zu Entmündigende leidet an einer Rückenmarkserkrankung, welche die Wissenschaft als multiple Sklerose bezeichnet, und er leidet ferner an jugendlicher Verblödung (*Dementia praecox*). Die erstere Erkrankung ist eine Folge der in früheren Jahren überstandenen Syphilis und bietet eine sehr schlechte Voraussage, d. h. sie ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unheilbar und führt meist nach mehreren Jahren zum Tode. Bezüglich der jugendlichen Verblödung ist zu bemerken, dass sich diese Krankheit gewöhnlich erst im Pubertätsalter entwickelt; es hat also nichts Besonderes an sich, dass er ein leidlicher Schüler gewesen ist, aber es ist als sicher zu betrachten, dass diese Krankheit schon in der Entwicklung war, als er Soldat wurde, und es ist durch die früheren Gutachten erwiesen, dass sie während seiner Dienstzeit zum vollen Ausdruck gekommen ist. Daher ist auch bei der Beurteilung seiner Straftat § 51 R.St.G.B. in Anwendung gekommen. Trotz ziemlich günstiger äusserer Umstände hat er sich nur vorübergehend eine Stellung im Leben erwerben können. Auf sich selbst angewiesen, legt er Untätigkeit an den Tag und gibt sich übertriebenen Hoffnungen für die Zukunft im Vertrauen auf die ihm zu Gebote stehenden körperlichen und geistigen Kräfte hin. Bei der körperlichen Untersuchung zeigt er Mangel an Gewandtheit im Ausdruck und bemerkenswerte Lücken im Auffassungs-, Erinnerungs- und Urteilsvermögen. Er zeigt weder Verständnis für das Strafbare der von ihm begangenen Handlungen, noch empfindet er Reue darüber. Er würde also im gegebenen Augenblick voraussichtlich wieder bei sich bietender Gelegenheit ebenso strafbar handeln und ebenso wieder kein Verständnis für das Strafbare seiner Handlungen an den Tag legen. Es muss also die Frage, ob er fähig ist, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen, mit nein beantwortet werden. Zudem ist keine Hoffnung vorhanden, dass in dem Zustande des S. eine Besserung eintreten wird, es ist vielmehr anzunehmen, dass sich seine Aufnahme in eine geschlossene Anstalt demnächst als notwendig erweisen wird.

Fassen wir das Ergebnis unserer Beobachtungen zusammen, so lautet dasselbe:

S. ist in seinen intellektuellen Leistungen so beschränkt, dass er einem unmündigen Kinde gleichzustellen ist; er ist also im Sinne des Gesetzes des § 6 B.G.B. als geisteskrank zu erachten und ausser Stande, seine Angelegenheiten zu besorgen.

Kurz vor der hiesigen Aufnahme ist er im hiesigen Institut für gerichtliche Medizin begutachtet worden. Nach diesem Gutachten wäre er scheinbar vorbestraft wegen Körperverletzung und Unterschlagung (1912). Aus diesem Gutachten erwähne ich ferner folgendes:

Im Jahre 1913 leitete die Staatsanwaltschaft in L. auf Antrag der Landgesellschaft gegen S., der sich als Wirtschaftsassistent der genannten Gesellschaft Veruntreuungen hatte zu Schulden kommen lassen, ein Strafverfahren ein. Dieses Verfahren wurde im Jahre 1914 aus § 51 R.St.G.B. eingestellt. Dem Antrag der Königlichen Staatsanwaltschaft T., S. zu entmündigen, hat das Königliche Amtsgericht K. entsprochen. — 20. Juli 1914. — S. ist wegen Geisteskrankheit entmündigt.

Am 19. 1. 1917 ist seitens des Rittergutsbesitzers H. Anzeige erstattet, dass der bei ihm tätige Oberinspektor S. verschiedene Sachen — Autoüberzug, Woilach, Graupensäcke, Uebergardinen, Anschnallsporen, Rauchservice aus Kupfer, Milchsieb, neue Säcke, Ledertücher, neue wollene Unterhosen — entwendet und sich aus einem Antriebsriemen Stiefelsohlen habe machen lassen. Es findet sich ein Eingeständnis des S., dass er frevelhaft gehandelt habe und dass ihm seine Handlungsweise leid tue. Bei seiner richterlichen Vernehmung hat er seine Straftaten bestritten und erklärt, er habe die Sachen, um Ordnung zu schaffen, in seinen Koffer gelegt.

Eigene Untersuchung.

Ich hatte den S. am 7. und 10. April d. Js. untersucht und habe am letzten Tage noch mit seiner Schwester, bei der er wohnt, Rücksprache genommen. Diese hat mir erklärt, dass ihr Bruder erregbar sei und nichts tue. Sie wisse nicht, wo er sich hinwenden solle. In K. lebe sein Stiefvater, ob dieser sich für S. interessieren werde, sei der Referentin zweifelhaft.

S. ist ein ziemlich grosser, schlanker Mensch, mit leidendem Gesichtsausdruck, breitbeinigem Gang, Flechte an Hals und Brust — Pityriasis versicolor —. Sprache etwas stolpernd. Beim Bedecken der Augen tritt Schwanken des Körpers ein. Lichtreaktion der Pupillen träge, Hautgefühl normal, Knie-sehnenreflexe gesteigert. Achillessehnenreflexe vorhanden, kein Babinski-Reflex.

Bemerkenswert sind die Schmerzäusserungen bei Bewegung der Kniegelenke in denselben. Ein krankhafter Befund ist daselbst nicht erhoben.

Die inneren Organe zeigen nichts Besonderes. Herz ohne Abnormität. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Auf Befragen erklärt Explorat: Vater sei Trinker gewesen, Mutter starb 1916, nachdem sie sich nach dem frühen Tode des Vaters wieder verheiratet hatte. S. hat die Landwirtschaft erlernt. Als ich den Namen seines Lehrherrn aufschreibe, erklärt Explorat: Ich schreibe alles auf und bekäme keine Stellung, wenn ich mich bei dem Herrn erkundige. Weiter erklärt er, er sei nicht entmündigt, weil er seinen Entmündigungsbeschluss nicht bekommen habe.

Ich habe ihn an der Hand der Zivilprozessordnung belehrt, dass ihm ein Entmündigungsbeschluss nicht zugestellt zu werden brauche, weil er wegen Geisteskrankheit entmündigt sei.

Explorat erklärt dann auf Befragen weiter: er habe später Stellen bekleidet. Zwischendurch war er dann wieder zu Hause. Welche Konflikte er beim Militär hatte, weiss er nicht mehr aufzuführen, nach Besinnen erklärt er dann: er hatte das Wasser nicht richtig ausgegossen, hatte sich widersetzt und kam in Untersuchungshaft.

Später hat er dann als zweiter Inspektor gearbeitet, $\frac{1}{2}$ Jahr wird es gewesen sein. Näheres kann er von seinen früheren Stellen nicht angeben.

Auf Befragen hinsichtlich seiner Vorstrafen erklärt er: Er habe gar nichts gemacht, auch hinsichtlich der ihm jetzt zur Last gelegten Straftaten erklärt er: dass er die verschiedenen Sachen in seinen Kasten gelegt habe, damit sie nicht in seinem Zimmer herumlägen.

Die Merkfähigkeitsprüfung hat folgendes Ergebnis:

3×13 ? Richtig.

4×14 ? Richtig.

$27 + 35$? 62.

Wiederholung von 859723 ergibt 859732.

208541? Richtig.

729184 ergibt 729841.

281743 ergibt 281345.

Wiederholung von 296187 ergibt 296164.

S. wird nunmehr aufgefordert, die zuerst gestellten drei Aufgaben zu wiederholen. Die beiden Multiplikationsaufgaben vermag er zu wiederholen, die Additionsaufgabe dagegen nicht. S. erklärt auf Befragen, welche Kriege Kaiser Wilhelm I. geführt habe: Der Krieg 1866, das sei der Krieg, der mit der grossen Völkerschlacht bei Leipzig endete. Auf Befragen erklärt er weiter, dass der Krieg 1870/71 der Freiheitskrieg wäre. Auf Befragen, wie lange der jetzige Krieg dauere: seit August 1916. Er weiss, dass wir mit England, Frankreich und Russland kämpfen und dass in Russland die Revolution ist.

Wenn 1 Pfd. Butter 2,50 Mk. kostet, dann kann er ausrechnen, wieviel 3 Pfd. Butter kosten. Das Datum des Untersuchungstages kennt er, behauptet aber, dass der März 30 Tage habe. Wenn 1 Zentner Roggen 11,50 Mk. kostet, dann kosten 8 Zentner 100 Mk. Nachher kann er die Aufgabe richtig lösen. Auf Befragen erklärt Explorat noch, dass er an „Syphilis“ gelitten habe.

Gutachten.

S. ist wegen Geisteskrankheit entmündigt. Die zu Grunde liegende Erkrankung ist von den Herren Militärärzten als Jugendirrsinn bezeichnet worden. Ich glaube, dass sich an dieser Diagnose auch heute nicht viel ändern lässt, und dass S. an einem Folgezustand nach Jugendirrsinn, einer Defekt-Psychose, leidet. Der Defekt ist ein intellektueller, aber auch moralischer. Der intellektuelle Defekt geht hervor aus der Tatlosigkeit des S., aus seiner mangelnden Merkfähigkeit und seinen mangelhaften Kenntnissen, die darauf schliessen lassen, dass er grosse Gedächtnislücken hat, ferner aus der mangelhaften Darstellung seines

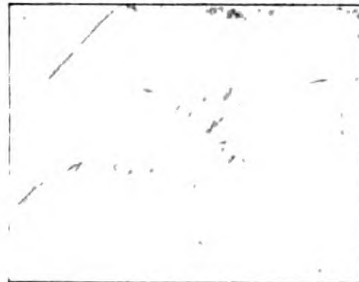
eigenen Lebens, die denselben Rückschluss gestattet. Der moralische Defekt ergibt sich aus der Schamlosigkeit, mit der er seine Diebstähle bemäntelt, insofern als er erklärt, er habe nur in seinem Zimmer aufgeräumt und deshalb die Sachen in seinen Koffer gelegt.

S. ist aber daneben noch mit verschiedenen Abnormitäten in seinem Nervensystem behaftet. Er hat das sog. Romberg'sche Symptom, ferner träge Pupillenreaktion auf Lichteinfall, gesteigerte Kniesehnenreflexe. Dabei bestehen Neuralgien in den Beinen. Ich halte es für wahrscheinlich, dass sich neben der im Anschluss an eine Hebephrenie — Jugendirrsinn — erfolgten Verblödung noch eine organische Nervenkrankheit entwickelt hat.

Die wesentlichsten Einzelheiten der Anamnese sind in diesen Krankengeschichten und Gutachten enthalten. Die Familie hat darüber nur noch angegeben, dass er nicht belastet sei und auch kein Unfall ihn selbst früher betroffen habe. Er selbst habe früher wenig mit der Familie verkehrt und habe diese erst wieder aufgesucht, als er zu Beginn des Jahres 1917 an einer Lähmung der rechten Seite erkrankt sei. Der körperliche Befund, der bei seiner Aufnahme erhoben wurde, war folgender:

Uebermittelgrosser Mann. Die Wirbelsäule ist skoliotisch und leicht lordotisch verkrümmt. Die Muskulatur und das Fettpolster sind reduziert. An beiden Schulterblättern sind im Bereiche der Mm. trapezii bräunlich pigmentierte Stellen, an der Leistenbeuge und der Achselhöhle Ekzem. Keine Narben, keine Drüsen. Schädel unsymmetrisch und sehr druckempfindlich. Gaumen, Zähne und Ohren, ebenso Haare normal. An Lungen und Herzen kein krankhafter Befund. Puls 72, gleichmässig und regelmässig. Blutfarbstoff 52 pCt. Hämoglobin, 4 Millionen rote, 6800 weisse Blutkörperchen, 5 pCt. Uebergangsformen, keine Eosinophilie, 63 pCt. Polymorph., 30 pCt. Lymphoz., $1\frac{1}{2}$ pCt. Eosinophile. Im Blut Wassermann'sche Reaktion positiv. Lumbalpunktion wird verweigert. Seltener Lidschlag und seltene Augenbewegungen. Lidspalten weit aufgerissen, starrer Blick. Hornhaut und Bindehaut ohne Besonderheiten, kein Kornealring. Bauchorgane nicht krankhaft verändert. Leberdämpfung nicht vergrössert. Milz nicht palpabel. Keine alimentäre Glyko- und Lävulosurie. Der Mund steht offen, wird nicht geschlossen. Speichel wird nicht abgesondert. Die rechte Lidspalte etwas grösser als die linke. Pupillen reagieren auf Lichteinfall und Blickänderung, sind rund und mittelweit, die Augäpfel zeigen eine lebhaftere Einstellungsunruhe bei den zu dieser Reaktion nötigen Bewegungen. Kein Nystagmus. Sprache sehr langsam, schleppend, an Falsetton anklingend. Fazialis, Trigemini, Zunge o. B. Ebenso Geschmack und Geruch. Augenhintergrund und inneres Ohr ebenfalls normal. Schrift unsicher und unbeholfen (s. Abb. 1), keine eigentliche Ataxie. Schleimhautreflexe vorhanden. Kniereflexe beiderseits lebhaft. Kein Klonus. Kein Babinski. Kein Oppenheim. Achilles- und

Abbildung 1.



Schrift von Fall 1 im Beginn.

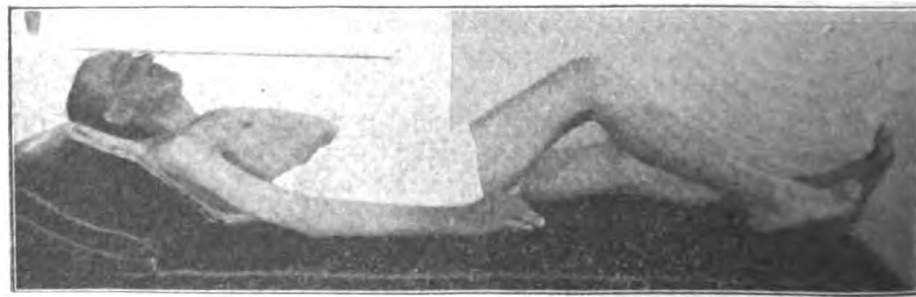
Abbildung 2.



Abbildung 3.

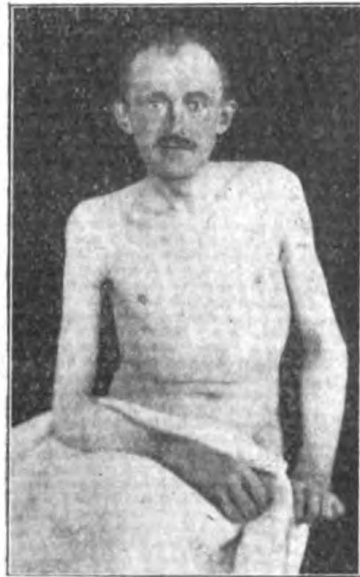


Abbildung 4.



Fusssohlenreflexe vorhanden, desgleichen beiderseits Bauchdecken- und Kremasterreflexe. In der Schultermuskulatur und dem Deltoideus leichte Atrophie. Bewegungen im Schultergelenk sehr erschwert. Arm wird in der Ellenbeuge leicht kontrakturiert gehalten, kann aber im Ellenbogen- und Handgelenk besser als im Schultergelenk bewegt werden. Deutliche spastische Schwäche des rechten Armes. Im rechten Bein ebenfalls starke Beugekontraktur. Im Kniegelenk, auch im Hüftgelenk stark beschränkte Bewegung, ausgesprochene Spitzfussstellung. Links sind diese Erscheinungen nur angedeutet. Der Gang ist breitbeinig und unsicher, es besteht Neigung zu Retro- und Propulsion in geringem Masse. Die Bewegungen des Kopfes sind ebenfalls stark behindert, die Haltung macht im allgemeinen einen sehr starren Eindruck. Bei geschlossenen Augen und Füßen fällt

Abbildung 5.



Patient hin. Es besteht ein deutlicher feiner Tremor, der hin und wieder etwas stärker wird. Hypalgesie und Hypästhesie leichten Grades im rechten Arm; rechte Hüfte und Beckengegend druckschmerzhaft. Keine Ovarie, keine Mastodynie. Keine Störung des Druck-, Lage- und Gleichgewichtssinnes. Ausgesprochenes Westphal'sches paradoxes Phänomen d. h. bei Annäherung der Ursprung- und Ansatzstellen der Muskeln starke Kontraktion (vergl. hierzu die Bilder, von denen bei 2 der starre Blick, der geöffnete Mund, bei 3 die eigentümliche Armhaltung, bei 4 die Kontraktur und Spitzfussstellung besonders deutlich zum Ausdruck kommen; infolge des Zitterns wurde die Photographie, welche das Westphal'sche Phänomen zeigen sollte, undeutlich und unbrauchbar.)

Der psychische Befund und die Autoanamnese ergaben folgendes: Patient war schon vor einigen Wochen von der Polizei als gemeingefährlicher Kranker angemeldet; kommt dann allein in die Poliklinik. Er hätte eine Lähmung des

rechten Armes und des rechten Beines und man hätte ihm gesagt, er würde hier behandelt werden. Gibt selbst an, er sei 1910 in der Nervenkllinik der Berliner Charité und von dort aus in der Anstalt Buch gewesen. Dort sei er auf der ruhigen Station gewesen und nach einigen Wochen von der Mutter abgeholt worden. Erklärt umständlich, weshalb er hergekommen sei, äussert sich euphorisch über die baldige, schnelle Heilung. Es werde ihm ja schwer sein, sich hier so lange aufzuhalten, aber die Hauptsache sei ja die baldige Besserung. A. B. mit der Polizei hätte er insofern zu tun gehabt, als ein Rittergutsbesitzer, bei dem er als Inspektor tätig sei, ihn beschuldigt habe, allerlei Sachen, an denen er gar kein Interesse habe, gestohlen zu haben. Das sei nicht der Fall. Er sei darauf von Geh. Rat P. hier untersucht worden. Er sei 1912 entmündigt worden, wolle jetzt aber eine Schwester zum Vormund haben. Beschwerft sich, dass man ihm 25 Mk. Militärrente entzogen.

Patient war angeblich früher ganz gesund. Ging in die Landschule, habe gut gelernt. Ein Versuch, Kaufmann zu werden, scheiterte daran, dass er das Rechnen „nicht so kapieren“ konnte. Wurde dann Inspektor, wurde 1908 zum Feld-Art.-Reg. 53 nach Bromberg eingezogen, diente bis 1910, wurde im letzten Vierteljahr wegen „Nerven“ als invalide entlassen. Er hätte wohl etwas beim Scharfschiessen nicht gut gemacht und hätte eine grosse Klage gehabt „wegen vieler Sachen“ vorm Kriegsgericht. Sei zuerst zu 6 oder 8 Wochen Gefängnis verurteilt worden, legte Berufung ein, wurde aber dann krank. Nach der Entlassung vom Militär auf den verschiedensten Inspektorstellen, hätte zeitweilig auch bei den Verwandten auf dem Lande mitgeholfen.

A. B. er sei entmündigt worden, das könne er nicht bestreiten, auf dem Amtsgericht hätte man ihm gesagt, wegen „Geisteskrankheit.“ Er wolle aber dann durch ärztliche Beobachtung Entmündigung aufheben lassen, denn er sei doch noch jung und wolle sich, wenn der böse Krieg zu Ende sei, nicht allein herumquälen, sondern sich verheiraten. Die Beurteilung als Geisteskranker sei vielleicht auch falsch, denn er sei doch ganz ruhig.

Datum? „Weiss ich nicht.“

Monat? „Mai, nein Juni.“ (Falsch.)

Jahr? „— — — Da weiss ich Bescheid, da habe ich starkes gutes Gedächtnis. Bloss, dass ich so schnell immer vergesse.“

Ferner fehlten ihm oft die Worte, die er sprechen wolle, „aber das sei nicht so schlimm, das ist ja nicht das Schlimmste. (Wiederholt das mehrfach.)

A. B. Die rechtsseitige Lähmung sei in diesem Frühjahr aufgetreten, er hätte es beim Anziehen gemerkt, die Westen seien ihm zu klein geworden. Allmählich hätte sich das verschlechtert, er hätte auch ein steifes Genick bekommen. Durch Bettruhe hätte sich nichts gebessert, er hätte nicht schlafen können und sei nachts unruhig geworden. Ein Arzt hier hätte Herz- und Leberkrankheit festgestellt, hätte ihm Tropfen gegeben, nach denen der Arm schlimmer geworden sei.

Fragt, ob Ref. ihm auch das viele Geschriebene alles vorlesen würde, soviel zu schreiben sei nicht nötig.

579 merken.

$7 \times 8 +$; $27 + 17$? „35“ $63 - 19 \dots +$; $91 : 7$? „13“ $12 \times 6 +$; Zahl — in den 600, 678, 675.

Reg.-Bezirk von Ostpreussen? „Königsberg und Gumbinnen.“

Hauptstadt von Oesterreich? „Prag, nein Wien.“

Wo Prag? —

Weshalb Pfingsten? „So allgemeiner Feiertag.“

Zinsen? „Zinsen sind für die — wie man soll sagen — (lacht) ich weiss ja, was es sind, aber Namen nennen!“

Unterschied zwischen Zwerg und Kind? (Lacht) „Zwerg ist klein, das weiss ich nicht.“

Teich, Fluss? —

Scheibe, Spiegel? „Spiegel gibt das Ebenbild wieder, Fensterscheibe auch, doch nicht in dem Masse. Spiegel sei dazu hergerichtet.“

Langsame, bisweilen skandierende, etwas kindliche Sprache. Pat. ist meist sehr stumpf, häufig euphorisch, dann wieder weinerlich. Vergisst oft den Anfang seiner Sätze oder das Thema, wiederholt oft seine Aeusserungen leise vor sich hin.

Bei der körperlichen Untersuchung sehr empfindlich; kann nur mühsam auf der linken Seite liegen, klagt über starke Schmerzen und Schmerzgefühl in allen Gliedern, könne den Kopf nicht anheben, müsse die rechte Hand immer festhalten, da sie beim Hinunterfallen zu grosse Schmerzen mache. Aeussert weinerlich viel Klagen und Befürchtungen, dazwischen wieder sehr hoffnungsfroh. Klagt über Nackensteifigkeit, Gefühl, als falle er nach hinten.

Leugnet frühere Wahnvorstellungen. 1908 bewusstlos nach Unfall. Vater an Lungentuberkulose gestorben.

Weitere Intelligenzprüfung. Kennt Namen der Lehrer und Schulen. Habe einmal Ausschlag als Kind gehabt. Später habe er wohl keinen Ausschlag gehabt. Ueber andere Krankheiten gibt er nichts an.

(Wiederholt immer dieselben Wendungen: „Das kann ich nicht besinnen. Der Feldwebel hat gesagt, Du bist vom Pferde gefallen.“) Weint leicht bei Schilderung der schwierigen Lebensverhältnisse. Lacht bei scherzhaften Bemerkungen. Meint, er habe nicht geglaubt, Ref. werde ihn noch am Samstag untersuchen.

Weiss den Tag nach dem früheren Lazarett nicht anzugeben.

Monat? +

Fünfstellige Zahlen +

Sechsstellige Zahlen —

Erzählt eine Geschichte richtig nach, gibt aber den Schluss falsch an.

Bilder: Storch bringt die Puppe. Zwei Mägde (recte ein Bauer) sehen zu. (A. V. kann auch ein Bauer sein.) Bär und Biene: Ein Tiger mit Mücken oder Fliegen, reibt sich im Gesicht. weil es so warm ist. Ein Affe oder Bär kann nicht so auf dem Hintern sitzen.

Definition: Treue ist Verbindlichkeit.

Mut: Aufopfernde Tapferkeit, wenn man Eifer zeigt, so wie ich wollte Soldat werden im Krieg.

Schlüssel? +

Kritik: Eid, Meineid +

Vogel, Schmetterling? Vogel fliegt von Blume zu Blume, hat ein grosses Knochengerüst als Rückgrat. Schmetterling hüpf.

Assoziationsprüfung:

Reizworte:	Assoziation:	Reproduktion:
Schwarz	Farbe	Tinte
Riechen	Düfte	Geruch
Gift	Aether	+
Unfall	hilflos	+
Schneider	näht	auch ein Name
Stimme	Gehör	+
Krank	siech	hilflos
Gefängnis	Zwangshaft	Abkassenanstalt
Kopf	Das Haupt des Körpers	edelster Teil des Körpers
Bilder	Schmuck	+
Engel	Geist	+
Ring	Schmuckgegenstand	+
Leben	Wandern durchs Leben	Weiterschaffen
Bier	ein Henkel	+
Schenken	Opferwilligkeit	einem Gutes tun
Grün	die Farbe	grasgrün
Traurig	mitleidig	niederschlagen
Rose	Pflanze	rot
Apfel	Gewächs	Frucht
Haus	Unterkunft	+
Bett	Niederlage	Niederkunft
Gold	Edelmetall	+
König	Herrscher	+
Reisen	unterwegs sein	+
Frosch	ist ein Tier	+
Sonne	Fixstern	+
Soldat	Vaterlandsverteidiger	+
Pfleger	Hilfspersonen	höflicher Mensch
Gras	grün	+
Hand	Glied	+
Stark	kräftig	kräftiger Mensch
Schuld	Abbüssung	falsches Bewusstsein
Vogel	Tier	+
Pferd	auch ein Tier	+
Sauer	musssauergemacht werden	Geschmack
Feind	böser Mensch	+
Haufen	angehäufte Stelle	+
Trommel	Ledertrommel	+

Absurditäten: Ist Selbstmord bei 46 Schnitten möglich? „Nein 46 Schnitte zu feige“.

„Ich habe zwei Brüder, Paul und ich“ +

Heilbronner +

Zeitlich unorientiert.

Rechnet Zinsen, Lohnberechnung.

Datum? „Weil es angeführt ist.“

Weihnachten? „Da haben wir Weihnachtsfreude. Maria empfängt das Jesuskind.“

Eroberungen im Winter? Nicht viel, einige Vorstösse in Rumänien.

Schlacht? Arras.

Friedrich der Grosse? Der dritte Hohenzollernfürst.

Bismarck? Hat Deutschland hoch gebracht. Reichskanzler war er nicht.

Dankbarkeit? +

Scherzfragen? 1 Pfund Blei ist schwerer als 1 Pfund Federn.

Grille und Ameise? Grille ist träge, Ameise fleissig.

Ebbinghaus? + (1 Fehler).

Worte ordnen? —

Witzverständnis? —

Zeigt emotionelle Schwäche. Fängt an, wenn ihm ein Wunsch versagt wird, zu weinen. Hört er Freudiges, so lacht er, ohne aufhören zu können, ist dann sehr euphorisch.

Fassen wir die ganze Entstehung des Krankheitsbildes zusammen, so ergibt sich folgendes:

Ein erblich nicht gleichartig belasteter junger Mensch erkrankt an Lues. Gleichzeitig wird über ihn eine Haft verhängt. Zu dieser Zeit ist er 23 Jahre alt, noch während des Bestehens der primär und sekundär syphilitischen Symptome bricht ein psychischer Verwirrheitszustand aus. Der Kranke ist dabei zeitweise sehr erregt, ablehnend und gibt Antworten, die etwas an das Symptom des Vorbeiredens erinnern und die Form des Agrammatismus und Puerilismus tragen. Es tritt starker Speichelfluss ein. Sonstige Lähmungserscheinungen fehlen völlig, nur eine damalige Schriftprobe zeigt schon starke Unsicherheit. Der Kranke bleibt dann einige Monate in psychiatrischer Behandlung, allmählich verliert sich die Desorientierung und er wird klar, er wird entmündigt und es bleibt ein mässiger Schwachsinn übrig, wobei eine starke Reizbarkeit immer wieder hervortritt. Nachdem er nicht weiter auffällig geworden ist, tritt 7 Jahre später eine „Lähmung“ auf, die nun bis zum Abschluss der hiesigen Beobachtung bestehen bleibt.

Wenn auch leider die Autopsie in diesem Falle nicht möglich war, so bietet doch, glaube ich, das gesamte Krankheitsbild viele Einzelheiten, die die genaue Schilderung der Anamnese rechtfertigen dürften. Fragen wir uns zunächst, was hier wohl vorgelegen habe. Von den im Beginn unserer Ausführung erwähnten Krankheiten fällt nach der ganzen Symptomatologie der Torsionsspasmus und die Athétose double weg,

denn von derartigen Verdrehungen des Körpers, wie wir sie bei dem Torsionsspasmus sehen, und von athetotischen Bewegungen ist nichts festzustellen. Der chronische Verlauf und die Anordnung der Symptome, vor allem das Fehlen eindeutiger Hirnsymptome, sprechen gegen eine olivo-zerebellare Erkrankung. Auch von einer echten Dystonie wird man in unserem Falle nicht sprechen können. Es bleibt mithin nur die Möglichkeit, dass eine multiple Sklerose, eine Pseudosklerose oder eine juvenile Paralysis agitans vorliegt. Es fehlen aber die extrapyramidalen Symptome der multiplen Sklerose, das Babinski'sche Phänomen, die allgemeine Erhöhung der Sehnenreflexe und Störungen des Augenhintergrundes, ferner der Nystagmus. Eine juvenile Paralysis agitans möchte ich deshalb nicht annehmen, weil, wenn man die Willig'sche Zusammenstellung verfolgt, bei dieser Krankheit nur sehr selten bulbäre Symptome und psychotische Erscheinungen anzutreffen sind.

Nun muss allerdings zugegeben werden, dass einige der häufigsten Symptome, die bei der Pseudosklerose anzutreffen sind, bei unserem Kranken nicht gefunden werden können. Das gilt vor allem von dem Kornealring, von einem ausgesprochenen Wackeln und von greifbaren Anzeichen einer Lebererkrankung. Ich möchte aber betonen, dass ein so ausgezeichnete Kenner wie Schultze erst neuerdings darauf aufmerksam gemacht hat, dass der Kornealring keineswegs zu den unumgänglich notwendigen Anhaltspunkten für die Diagnose der Pseudosklerose gehört. Dem hatte schon früher Oppenheim und in einer auch zuletzt erschienenen Darstellung von Economo beigestimmt. Der letztgenannte Autor verweist auch bei seinem Falle auf das Fehlen eines ausgesprochenen Tremors hin und zieht zum Beweise, dass trotzdem eine Wilson'sche Krankheit angenommen werden könne, den Cassirer'schen Fall heran. Es verdient aber hervorgehoben zu werden, dass in einem früheren Gutachten ganz besonders starkes Wackeln betont wird, obwohl damals nicht an Pseudosklerose gedacht wurde. Die Einstellungsunruhe der Augäpfel — als Augenrollen von einem Vorgutachter bezeichnet — glaube ich aber als ein auf die äusseren Augenmuskeln beschränktes oszillatorisches Wackeln auffassen zu können. Die Leberveränderung wird man am Lebenden palpatorisch kaum feststellen können, da es sich meist um zirrhotische d. h. Schrumpfungsprozesse handelt. Der negative Ausfall der funktionellen Leberprüfung ist allerdings bemerkenswert. Wenn man aber der Ansicht ist, dass sich Veränderungen der Leber auch von den Verhältnissen der Milzfunktion widerspiegeln, so ist auch auf die Tatsache aufmerksam zu machen, dass im Blutbilde eine erhebliche prozentuale Vermehrung der Lymphozyten und ein starkes Vorhandensein der Uebergangszellen festzustellen ist. Der zur

Zeit negative Leberbefund verliert auch an Bedeutung durch die im Beginn der Erkrankung sicher vorhandene Leberaffektion, die sich in der ikterischen Verfärbung der Augenbindehäute dokumentierte.

Nicht minder wichtig ist ein Fingerzeig, den uns die Entstehung des ganzen Krankheitszustandes auf die Aetiologie des Leidens gibt. Schon A. Westphal hat auf Grund des Leberbefundes ganz besonders auf die Möglichkeit hingewiesen, dass der Lues eine Rolle für die Entstehung der Krankheit zukommt. v. Dziembowski hat sich dem für seine Fälle angeschlossen, ohne allerdings Westphal's Annahme zu erwähnen. In unserem Falle hat sich nun kurz vor Ausbruch der Erkrankung die syphilitische Infektion nachweisen lassen, hat vielleicht auch damals zu Leberveränderungen und Ikterus geführt, und dass auch jetzt nach der zur Zeit herrschenden Auffassung lebende Spirochäten im Organismus sich finden, beweist die Wassermann'sche Reaktion. Eine erbliche Belastung konnte im Gegensatz zu den meisten der beschriebenen Fälle, wo familiäres Auftreten die Regel war, nicht nachgewiesen werden. Auch für Unfälle, wie sie früher mit verantwortlich für die Entstehung der Krankheit gemacht wurden, ist kein Anhaltspunkt in der Anamnese vorhanden.

Ueberschaut man das körperliche Symptomenbild in unserem Falle, so ist das Hervorstechendste die Spitzfussstellung, die Kontraktur, die vom Kranken und seinen Angehörigen selbst als Lähmung aufgefasst wurde, und die allgemeine Starre der Muskulatur und des Gesichtsausdruckes, die sich auch auf die Augenbewegungen und den Mund erstreckt. Gerade diese Starre des Gesichts und der Körperhaltung liess an eine Paralysis agitans denken, wie das gleichermassen v. Strümpell in einem seiner Fälle tat. Von einer Lähmung im klinischen Sinne konnte nicht die Rede sein. Auch die eigenartige Falsettstimme ist bereits von v. Strümpell betont worden. Man hatte den Eindruck, als ob unser Kranker immer mit der Stimme überschnappte, daneben war die Sprache auch langsam, aber nicht eigentlich skandierend. Auch dies gehört ja zum Symptomenbild der Pseudosklerose. Die Spitzfussstellung und Beugekontraktur im Knie sind genau dieselben wie sie Rausch und Schilder an den Bildern von ihren Kranken zeigen.

Ganz eigentümlich war nun das psychische Verhalten in unserem Falle. Bekannt ist ja, dass bei der Pseudosklerose sowohl psychische als auch körperliche Krankheitszeichen schub- und anfallsweise auftreten. Bei unserem Kranken bestand zuerst ein Zustand von Desorientiertheit, ängstlicher Erregung, grosser motorischer Unruhe, es wurde daher auch immer nur an einen psychogenen Dämmerzustand oder eine Dementia praecox gedacht. Und das scheinbar unter dem Einfluss der

Autorität eines der ersten Diagnostiker noch dann, als alle akuten Symptome, die dafür sprechen konnten, abgelaufen waren. Es muss ja zugegeben werden, dass die Wirkung der Haft psychogene Züge im Krankheitsbilde auftauchen liess. Aber bei der Pseudosklerose treten sowieso hysteriforme Züge — z. B. Mutismus im Fall v. Economo, der vielleicht der Verbigeration und erschwerten Wortfindung unseres Kranken an die Seite zu setzen ist — so häufig in Erscheinung, dass Charcot sie ja an sich als Hysterie auffassen wollte, eine Auffassung, der keiner beigepflichtet hat. Ebenfalls sind schon früher Verwechslungen mit der Dementia praecox vorgekommen. Ich erwähnte hier schon einen Fall von Fleischer, in dem später das Auftreten des Kornealringes zur richtigen Diagnosestellung geführt hat. Wie Rausch und Schilder schon hervorheben, bildet sich bei der Pseudosklerose eine Affektlabilität und ausgesprochene emotionelle Schwäche aus; diese mit einer allgemeinen geistigen Einschränkung, Herabsetzung des Assoziationsvermögens, der Kritik und sehr deutlichen Erinnerungsfälschungen verbunden, ist auch bei unserem Kranken deutlich ausgeprägt. Der ausgesprochene körperliche Befund ist mit einer pathogenen oder schizophrenen Erkrankung nicht vereinbar.

Es handelt sich also um einen jetzt 6 Jahre bestehenden Fall von Pseudosklerose, der in der Haft nach einer luetischen Infektion mit einem psychischen Verwirrheitszustande begann und körperlich anfangs nur Speichelfluss und Schriftstörungen zeigte, bei dem sich allmählich eine psychische und affektive Abschwächung ausbildete und bei dem 6 Jahre nach der Erkrankung Kontrakturen und erhöhte Rigidität der Muskeln sich bemerkbar machten.

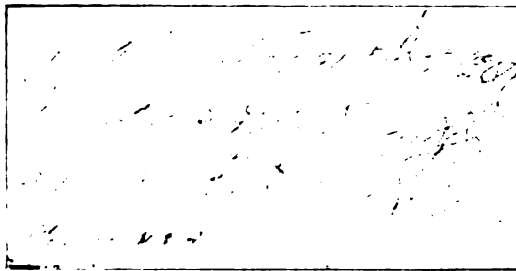
Bei chronisch verlaufenden Fällen (Strümpell's letzte Arbeit Bd. 59 der Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., v. Dziembowski und mein Fall) tritt relative Vermehrung der Lymphozyten, Absinken der polymorphkernigen Leukozyten und teils des Hämoglobingehalts ein, das wohl der Leber- und Milzschädigung zuzuschreiben ist.

Rumpel's Annahme einer durch kongenitale Lues bedingten primären Leberschädigung trifft nicht für alle Fälle zu. Es mag eine fehlerhafte embryonale Anlage oder eine frisch einwirkende Noxe die Leber schon verändert haben; die früh erworbene Lues führt erst den Ausbruch der typischen Krankheit herbei. Hierbei mag dahingestellt bleiben, ob die schon vor der Lazarettbeobachtung bemerkte psychische Eigenart ebenfalls nur als disponierendes Moment zu gelten hat oder schon Initialsymptome des Leidens waren, da ich die Akten hierüber nicht bekommen konnte.

Nachtrag bei der Korrektur: Nach Fertigstellung der Arbeit sind noch folgende zwei einschlägige Fälle hier beobachtet worden:

Fall 2. Paul W., 17 Jahre alt, erkrankte 1917 mit Zittern der linken Hand, das auch auf die andere Hand und auch auf den ganzen Körper später übergriff. Nach Angabe des Vaters sei er dümmer geworden, spreche jetzt auch schwer und schlafe viel. Aufnahme 30. 12. 1918. Gibt selbst an, seit Februar 1917 mit der linken Hand zu zittern, was sich bei Gebrauch der Hand verstärkte und später auf den Arm und den übrigen Körper übergang, so dass er nur gehen konnte, wenn der Körper nicht zu sehr „schlackerte.“ Herz und Lungen o. B. Haut, besonders am Mund, Kinn zu Abschürfungen geneigt, nach Injektionen subkutane Blutungen. Ohr läppchen angewachsen, Uvula geht nach rechts, Brustorgane o. B. Im Röntgenbilde nach der Rautenberg'schen Insufflationsmethode kleine Leber mit auffallend kantigen Rändern. Im Harn Urobilinogen +. Wassermann'sche Reaktion negativ im Blut und Liquor,

Abbildung 6.



Schrift von Fall 2.

Nonne'sche Reaktion positiv, Lymphozytose +. Im Blutbild 60 pCt. polynukleäre, 30 pCt. Lymphozyten. Keine Thrombopenie. Pupillen etwas entrundet L. R. +, C. R. +, Schleimhautreflexe etwas herabgesetzt, Sehnen- und Hautreflexe o. B. Kein Babinski, Hautröten +. Kein Oppenheim. Zunge zittert grobschlägig, Sprache ist skandierend, langsam. Fistelton. Langsame athetotische Fingerbewegungen in der Ruhe. Schrift unsicher (s. Abb. 6.). Arme und Beine ataktisch. Beim Bewegen, z. B. Schreiben oder Essen, wird die Hand adduziert, der übrige Arm führt grobschlägige Zitterstöße aus. Dasselbe gilt für die Beine beim Gehen, dabei wird die Hacke aufgesetzt, die Zehen dorsal flektiert, die Kniee stark gebeugt, die Beine geschleudert. Beim Aufsetzen wackelt der ganze Oberkörper mit dem Kopf, Gesichtsausdruck starr, Augenbewegungen selten, bei Fixation Wackeln des Kopfes und der Augenmuskeln, Mund bleibt offen, kein Speichelfluss. Beim Trinken wird der ganze Mund, nicht nur die Lippen ans Glas gepresst. Sensibilität o. B.: Psychisch: emotionelle Schwäche, weint und lacht sehr leicht. Im allgemeinen euphorisch, zeigt auch eine Verringerung des Wortschatzes, gebraucht oft dieselben Worte.

Fall 3. Fritz R., 21 Jahre alt, soll seit 4 Jahren krank sein. Soll anfangs nur gezittert haben, später soll sich die Krankheit verschlimmert haben. Angeblich sei die Krankheit nach einem Schreck entstanden. Früher habe er gut gelernt, seit zwei Jahren seien, nachdem vorher nur die Beine erkrankt waren, auch die Arme ergriffen worden, dann der Kopf, die Sprache sei schlechter geworden. Er habe, ohne etwas dagegen tun zu können, um sich schlagen müssen und habe seines Leidens wegen Viehhüter werden müssen.

Befund: Allgemeinzustand gut, grosser Gesichtsschädel, niedrige Stirn, zusammengewachsene Augenbrauen, angewachsene Ohrläppchen, innere Organe o. B. Im Harn kein Bilirubin, kein Urobilin. Prüfung der Reflexe infolge der starken Bewegungsstörungen fast nicht möglich. Allgemeine Hyperästhesie, Pupillen gleich- und mittelweit. L. R. +, C. R. +, Bauchreflexe +, desgleichen Cremasterreflexe. Im Blut und Liquor Wassermannsche Reaktion —, Nonne'sche Reaktion —, keine Lymphozytose. Sprache dysarthrisch gestört, fast unverständlich. Sehr starke und grobe Zitterstösse beim blossen Versuch der Untersuchung, schon, wenn auf den zu untersuchenden Körperteil besonderes Augenmerk gerichtet wird. Dabei Gesicht stark gerötet, beim Sprechen seitliches Wackeln des Kopfes, der sonst meist nach links liegt, kann fast gar keine Konsonanten sprechen, wechselnd Pro- und Supination der Hände, ungleichmässiges Schlagen derselben auf die Bettdecke und Schlagen der Beine, die abduziert werden und dann mit den Fersen zusammenstossen. Aufrichten des Körpers und Gehen unmöglich. Alle Zitterstösse zeigen grosse Amplitude. Gesichtsausdruck starr. Nach Luminal Besserung der Bewegungen, die nur noch nach passiven und aktiven Bewegungsversuchen auftreten, Sprache deutlich schlechter, schläft mit offenem Mund, die Zunge bewegt sich dabei von oben nach unten (sagittal), Sprache dysarthrisch, skandierend. Nach Hyoszin-Morphium rechts Fallhandstellung. Ellenbogen gebeugt, schlaff, Andeutung von Katalepsie, Zittern angedeutet, rechte Hand mit gespreizten Fingern aufs Bett gestützt. Nach einem Monat Erbrechen, Schluckstörung, wird sehr still und rubig, Puls klein, Temperatur 39,1 bis 39,0. Im Munde gelbliche Beläge, ausgesprochene Gingivitis; daher Verlegung nach der medizinischen Klinik. Hier Auftreten von blasigen Abhebungen etwa 50 Pfennig-Stück grosser Hautstücke, die sich zum Teil bereits nach einem Tage entleeren, und dunkle, gelbe Pigmentierungen an den Armen, ferner roseolaartiger Ausschlag. Einen Tag nach der Verlegung Exitus. Histologische Untersuchung: Milz: Bild der Stauung ohne Trabekelwucherungen. Leber: Vollständiger Umbau der Leberläppchen, die teils frisch regeneriert sind durch Leberzellen von der doppelten Grösse der normalen mit zwei bis drei Kernen ohne Mitose. Teils erstrecken sich in sie Ausläufer von Bindegewebe mit kleinzelligen Infiltrationen. Gallengänge gewuchert. In der Haut nur normales Pigment, kein Blut, Eisen oder Silber. Die vorläufige Untersuchung des Zentralnervensystems ergibt Gliawucherung, Unregelmässigkeit der Anordnung der Ganglienzellen in der Inselrinde, wo die Fortsätze nach allen Richtungen auseinandergehen, dort ferner auch Trabanzellen, die zum Teil die Ganglienzellen deformiert haben.

Sektionsprotokollauszug: (Privatdozent Dr. Christeller.) Fibröse Aorten- und Kranzarteriensklerose; pleurale und prätracheale Blutungen, Hyperämie der Nieren, Erweiterung des Nierenbeckens, atelektatische Bronchopneumonie, Intimaverfettung der Aorta, chronische Leptomeningitis fibrosa, Zahnfleisch und Mundschleimhaut mit zähem, schleimigem, schmierigem und mit geronnenem Blut untermischtem Sekret bedeckt. Rechte und linke Aortenklappe 5 mm weit verwachsen miteinander. Gelbe, leicht erhabene Einlagerung im rechten Kranzgefäß. Im Bindegewebe zwischen den vorderen Halsmuskeln und der Trachea reichliche flache Blutaustritte. Milz 16:13 cm, 620 g, stark vergrößert, weich, schlaff, Durchschnitt gleichmässig graurot. Zeichnung deutlich, Pulpa fest, nicht abstreichbar, Leber 23:15:7,5 cm, 1285 g. Oberfläche auffällig grob gehöckert, Parenchym besteht auch im Durchschnitt aus erbs- bis kirschgrossen festen, genau kugligen Knoten, die durch einen Strang von einander getrennt sind. Farbe der Knoten dunkel-

Abbildung 7.



Leber von Fall 3.

braunrot bis hellbräunlich gelb. Leber stark verwachsen. Gallenwege durchgängig, nicht erweitert. Pankreas ziemlich klein. Rückenmark o. B. Schädel-dach sehr schwer, nur am Scheitel transparent. Diploe sehr blutreich, Dura schlaff, blass: Oberer Sinus longit. hat rechts geronnenes Blut. Pia milchig-bläulich-weiss getrübt, besonders in einem weissen Strang längs der Gefässe, stark mit klarer Flüssigkeit durchtränkt. Gleiche Flüssigkeit in den Hirnhöhlen. Gehirn im ganzen klein, 1085 g, Brücke atrophisch.

Besonders wichtige Punkte hebe ich noch hervor. Allen drei Fällen fehlt der Kornealring. Fall 1 und 2 haben gemeinsam die emotionelle Schwäche, ferner ist bei ihnen Lues anzunehmen (Wassermann, Nonne). Je nachdem es sich um akquirierte Lues mit frisch in den Organismus eindringenden Spirochäten oder um kongenitale handelt, sind die Erscheinungen auch an der Leber akut oder weniger akut. Auch bei geringen klinischen Symptomen seitens der Leber (siehe Fall 3) zeigt die Autopsie ganz enorme Veränderungen, diese deuten auf eine

520 Dr. Max Kastan, Mit Erhöhung d. Muskelrigidität einhergeh. Nervenkrankh.

krankhafte embryonale Anlage hin. Die kleinzellige Infiltration spricht für chronische Entzündung (Lues?). Es ist dringend zu empfehlen, in allen Fällen durch Anwendung des Insufflationsverfahrens sich über Grösse und Form von Leber und Milz Klarheit zu verschaffen. Erwähnt sei noch, dass auch Fall 2 eine lymphozytäre Blutverschiebung hatte und bei Fall 2 und 3 Neigung zu Blutungen besteht. (Vgl. Fall Voelsch.)

Die Literatur des letzten Jahres, die v. Dziembowski in seiner Arbeit noch nicht berücksichtigen konnte, sei aus Raumersparnis für sich erwähnt, da die ältere bei v. D. sich vollständig findet.

Oppenheim, Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 55.

Maas,
Schultze, } Neurol. Zentralbl. 1918.
Bostroem, }

v. Economo, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. 43.

Thomalla, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. 41.

XXII.

Ueber Aggravation und Simulation geistiger Störung.

Von

Prof. Dr. J. Raecke (Frankfurt a. M.).

Die Feststellung von Vortäuschung geistiger Störung bedeutet eine der schwierigsten Aufgaben der Psychiatrie, wiewohl unsere Lehrbücher in der Regel ziemlich kurz über diese ganze Frage hinweggehen. Hinsichtlich der Häufigkeit solcher Simulation waren die Ansichten der einzelnen Autoren früher sehr geteilt, doch scheint heute im allgemeinen die Auffassung herrschend zu werden, dass nur reine Simulation wirklich selten ist, dass aber Täuschungsversuche auf psychopathischer Grundlage verhältnismässig häufig vorkommen, vielleicht auch in letzter Zeit an Zahl zugenommen haben. Bestimmte Ziffern lassen sich da schlecht geben, weil das Material der einzelnen Beobachter zu verschieden ist, um einen Vergleich zu gestatten, und weil ferner je nach der persönlichen Auffassung der Gutachter die Grenzen zwischen bewusster und unbewusster Uebertreibung zu verschieden gezogen werden.

Hoche hat leider Recht mit seiner Behauptung, dass allgemein gültige Kennzeichen der Simulation bislang nicht bestehen. Es erschwert das die Stellung des gerichtlichen Sachverständigen ungemein. Man sollte sich nicht wie Bolte mit dem Gedanken trösten, die Simulationsdiagnostik sei praktisch unwesentlich, weil es sich in 90 pCt. der einschlägigen Fälle doch im Grunde um krankhaft veranlagte Menschen handelte, denn nicht jede Krankhaftigkeit bedingt gleich Unzurechnungsfähigkeit. Der von Wassermeyer beschriebene Fall, dass die widerspruchsvolle Auffassung verschiedener Sachverständiger einen Simulanten wiederholt zwischen Strafhaft und Irrenanstalt hin und her irren lässt, bildet leider keine seltene Ausnahme, sehr zum Schaden des Ansehens der gerichtlichen Psychiatrie. Der an sich richtige Satz, dass Simulation nicht geistige Krankheit ausschliesst, wird leicht irrtümlich dahin ausgelegt, als sei Simulation an sich ein krankhaftes Zeichen, und es ist nicht so selten, wenn auch nicht zu billigen, dass verant-

wortungsscheue Gutachter sich trotz innerer Zweifel nicht entschliessen können, in einem bereits öfter als krankhaft angesprochenen Falle anders zu entscheiden, als ihre Vorgänger. Freilich die Voraussicht, dass der betreffende Simulant nach seiner Verurteilung weiter seine psychopathischen Eigentümlichkeiten zur Schau tragen, den Strafvollzug stören und neue Begutachtungen notwendig machen wird, lässt es bequemer und vielleicht zweckmässiger erscheinen, den teilweise abnormen Menschen sogleich wieder irrenärztlicher Verwahrung zu übergeben. Allein auf die Dauer ist mit diesem halben Verfahren nichts gewonnen. Einmal muss doch entschieden Stellung genommen werden.

Gerade die sogenannten Grenzfälle, haltlose Psychopathen und mässig Schwachsinnige mit ausgesprochenen sittlichen Mängeln, die dauernd hart an der Grenze der Zurechnungsfähigkeit stehen, haben es besonders leicht, durch Aggravation ihrer seelischen Abweichungen sich den Schutz des § 51 zu erlisten. Hier begegnen wir auch Beispielen planvoller und geriebener Simulation von Störungen, die in Wahrheit niemals vorhanden waren. Die an sich schwierige Beurteilung wird durch ungenügende Vorbegutachtungen immer mehr erschwert und der Fall so verwickelt, dass die endliche Klarstellung auf die grössten Hindernisse stösst.

Wie leicht es manchen Psychopathen gemacht wird, die zur Erreichung der Unzurechnungsfähigkeit erforderlichen „Krankheitszeichen“ aufzubringen, mag folgende Beobachtung von neuem zeigen:

Fall 1. Hermann J., unehelich geboren 1880, Arbeiter, war 7 mal wegen Diebstahl und Hehlerei vorbestraft, 2 mal wegen Körperverletzung, hatte zwar in der Schule leicht gelernt, war aber mit 13 Jahren wegen Schwänzens, Stehlens, Lügens in Zwangserziehung gekommen. Nach der Konfirmation erst Schlosserlehrling, tat nicht gut, kam zum Schiffer, lief diesem fort. 2 Brüder der Mutter sollen in Irrenanstalten gewesen sein.

Seit Oktober 1900 wieder wegen Diebstahls in Untersuchungshaft, bot anfangs nichts Auffälliges bis Dezember, wo er während Verbüssung einer Disziplinarstrafe in hochgradige Aufregung geriet, Fensterscheiben, Tisch und Schrank der Zelle zertrümmerte, dem Personal Widerstand leistete und es beschimpfte. Nach einigen Stunden beruhigte er sich, sagte, er sei manchmal ganz von Sinnen, habe das schon einmal in der Haft gehabt.

Sein Benehmen war weiterhin trotzig, frech, prahlerisch. So behauptete er fälschlich, 2 Brüder bei der Marine zu haben, selbst schon in Ostafrika gewesen zu sein. Einmal machte er einen nach der ganzen Art der Ausführung wenig ernsthaft gemeinten Suizidversuch, unternahm Fluchtversuche, bedrohte wiederholt die Aufseher. Doch fügte er sich stets, wenn er Ernst sah. Wegen seiner reizbaren, unberechenbaren Stimmung liess man ihn zeitweilig Handfesseln tragen. Anfangs behauptete er, damit nicht essen zu können, begann

aber nach kurzem Fasten von selbst wieder zu essen. Seine Untersuchung durch den Gefängnisarzt wurde angeordnet.

In dessen Gutachten werden Fehlen organischer Erkrankungen und Bildungsfehler betont, das Vorhandensein der Fähigkeit zum Lesen, Schreiben Rechnen zugegeben, aber angeborener Schwachsinn angenommen wegen Fehlens höherer Interessen und Strebungen, mangelnder Liebe zu den Eltern, Reuelosigkeit und Unfähigkeit zu geregelter Lebensführung.

Am 9. 7. 1901 ward J. von der Strafkammer nach § 51 freigesprochen, in die Irrenanstalt S. eingewiesen und entmündigt. Er entwich am 25.3.1903, nachdem man dort seine Entlassung schon ins Auge gefasst hatte, da er bei fortgesetzter Beobachtung nicht Gegenstand irrenärztlicher Behandlung und Verwahrung zu sein schien. Es heisst im Bericht der Anstalt ausdrücklich, er habe keine krankhaften Erscheinungen geboten und an seiner Zurechnungsfähigkeit sei nicht zu zweifeln.

Schon Oktober 1903 beging J. neue Diebstähle, nachdem er zunächst auf verschiedenen Höfen gearbeitet hatte. Er entschuldigte sich mit augenblicklicher Mittellosigkeit. Im Gefängnis zeigte er alsbald wieder das gleiche Verhalten wie das letzte Mal: Auflehnung gegen die Ordnung, Unlust zur Arbeit, eitles Prahlen, Drohen mit Gewalttätigkeit. Wieder ward er von dem gleichen Arzte wegen angeborenen Schwachsinn exkulpiert.

In den Gründen der Freisprechung heisst es (Urteil vom 21. 3. 1904): „Er räumt die ihm zur Last gelegten Handlungen ein, ist nach dem Gutachten des Kreisarztes jedoch strafrechtlich dafür nicht verantwortlich zu machen, weil er an unheilbarem angeborenem Schwachsinn leidet“.

20. 5. bis 25. 7. in der Nervenlinik Kiel, wo er sich dauernd ruhig und geordnet beträgt, willig in die Hausordnung fügt, nicht prahlt, nicht droht, überraschend gute Schulkenntnisse zeigt. Er gibt zu, in der Schule gut gelernt zu haben, er sei nicht krank, sei es auch nie gewesen. Bei seinen ersten Straftaten habe es sich um jugendliche Verfehlungen ohne rechte Ueberlegung gehandelt. Einmal sei er auch unschuldig verurteilt worden. Jetzt habe er nur aus Not gestohlen, behauptet Reue. Nie Krämpfe, Schwindel, Ohnmachten. Gleichmässig freundliches Wesen. Fleissig und geschickt. Liest viel. Nur am 5. Juli einmal vorübergehend erregt, als er nach Ablehnung seines Entlassungsgesuches aus Vorsicht in die feste Abteilung verlegt werden soll. Wehrt sich, macht Fluchtversuch, droht, beruhigt sich aber, als er keinen Ausweg sieht. Ueberführt nach Irrenanstalt N.

Ein eigentümliches Licht auf seine „Affekthandlungen“ im Gefängnisse warfen übrigens die gelegentlichen Aussagen eines Mitgefangenen, die uns durch das Gericht zuzugingen: J. habe sich dahin geäussert, wenn er Termin kriege, wolle er sich zur Wehr setzen und einen Radau herbeiführen und einen Skandal auf dem Gericht machen, dass der Termin nicht zustande käme. Bestrafen könne ihn das Gericht nicht, er rufe den Gefängnisarzt zum Zeugen an, der erkläre ihn dann wieder für verrückt und frei!

2. 10. entwich J. aus der Anstalt N., wo er ebenfalls keinen kranken Eindruck gemacht und allmählich mehr Freiheit genossen hatte. Nach seiner

Wiederaufnahme in der Kieler Klinik am 16. 10. infolge polizeilicher Einweisung verstand er es, bereits am 31. 10. auch von hier zu entweichen. Er hatte die 14 Tage ruhig und fleissig gearbeitet, sich allen Anordnungen gefügt. Am 26. 1. 1905 brachte ihn die Polizei wieder. Er sah gut gekleidet aus, konnte nachweisen, dass er bisher in regelmässiger Arbeit gestanden hatte. Da nichts Neues gegen ihn vorlag, wurde er als nicht geisteskrank am 7. 2. wieder entlassen.

In dem nunmehr von der Klinik eingeforderten Gutachten wurde dargelegt, dass während des wiederholten Aufenthaltes hier ausser leichtem Schwachsinn keine krankhaften Erscheinungen bei J. beobachtet worden waren. Die körperliche Untersuchung ergab normale Verhältnisse. Das Bewusstsein war dauernd ungetrübt gewesen. Das gesamte Betragen war den Verhältnissen angemessen, die Stimmung gleichmässig. Eine gewisse Reizbarkeit war wohl vorhanden, im Aerger neigte er zu Zornausbrüchen mit Gewalttätigkeit, vermochte sich aber selbst dann zu beherrschen. Seine Neigung zum Prahlen liess ihn doch nie das Verständnis für die Wirklichkeit verlieren. Eigentliche Wahnvorstellungen waren nie vorhanden, das Gedächtnis war gut, die allgemeinen Kenntnisse nicht schlecht. Bei körperlicher Arbeit erwies er sich geschickt und anständig.

Lediglich ein beschränkter Gesichtskreis, geringe Voraussicht, Haltlosigkeit und Hang zu leichtsinnigen Streichen, sobald er der Versuchung ausgesetzt war, liessen sich bei J. als auffällig feststellen. Von Jugend auf benahm er sich unsozial, roh, empfand keine rechte Reue, wurde durch Strafen nicht gebessert. Er war also ausgesprochen moralisch minderwertig, intellektuell vielleicht etwas beschränkt. Man konnte einen gewissen Schwachsinn annehmen, doch nicht einen solchen Grad der Imbezillität, dass dadurch die freie Willensbestimmung dauernd aufgehoben worden wäre.

Es ward daraufhin noch ein weiteres Gutachten vom Provinzial-Medizinalkollegium eingeholt, das sich nicht klar aussprach, ob es eigentlich Schwachsinn annehmen wollte oder nicht. Nur den Begriff eines moralischen Schwachsinn schloss es entschieden aus, liess aber die Frage offen, ob etwa ein Mangel an Vernunft bestehe, der tiefer in das Seelenleben des J. einschneide, als es zunächst den Anschein habe. Zu beurteilen, welches Gewicht dieser Möglichkeit beizumessen sei, müsse dem Gerichtshofe überlassen bleiben. Es erfolgte wiederum Freisprechung.

Am 17. 10. 1905 wurde J. polizeilich in die Klinik verbracht und von dort weiter nach der Anstalt N. Bei der Aufnahme war er zunächst wieder ruhig und fügsam. Nur als die Transporteure, welche ihn abholten, ihren Weisungen gemäss auf seiner Fesselung bestanden, ward er zornig und setzte sich kurz zur Wehr, ging dann, als es ihm nichts nützte, friedlich mit.

Inzwischen ist J. infolge der weiteren Beobachtungen längst als nicht geisteskrank aus der Irrenanstalt entlassen worden. Bei seinem letzten Rückfall ins Verbrechen ist er vom Gericht als zurechnungsfähig angesehen und zu mehreren Jahren verurteilt. Seine Strafe hat er auch angetreten.

Aus den mir vorliegenden Gerichtsakten ergibt sich, dass er dieses Mal keinerlei Erregungszustände bekommen hatte, nachdem man ihn wegen Einbruchs

verhaftet hatte. J. war auch geständig, betonte, dass er in Arbeit gestanden und die ernste Absicht gehabt habe, ein „ordentlicher Mensch“ zu werden, bis er abermals der Versuchung unterlag. Nachdem er von der über ihn verhängten Zuchthausstrafe 2 Monate ohne Störungen verbüsst hatte, gelang es ihm, bei der Aussenarbeit zu entweichen.

Der Fall J. bietet an sich nichts Besonderes. Aehnliche Erfahrungen können wohl die meisten Kliniken und Anstalten mitteilen, dennoch ist es angezeigt, von neuem auf die hier zutage tretende Unzuverlässigkeit hinzuweisen, dass ein Krimineller heute immer wieder vom Gerichtsärzte exkulpiert werden kann, obgleich alle Irrenärzte, welche ihn Monate und Jahre hindurch in Anstalten und Klinik zu beobachten Gelegenheit gehabt haben, ihn übereinstimmend für zurechnungsfähig erachten. Dass damals auch das Medizinalkollegium sich nach einigem Schwanken der Ansicht des nichtspezialistischen Arztes anschloss, mag freilich darauf beruht haben, dass ihm zu jener Zeit zufällig kein psychiatrischer Fachmann angehörte.

Man kann im Falle J. nicht einmal von richtiger Simulation sprechen, nur von einer gewissen Aggravation. Der Häftling hatte es ausserordentlich leicht. Sobald er sich gegen die Hausordnung auflehnte, nicht arbeiten wollte, Zeichen von Erregung vorführte, ward er ohne Weiteres einer psychiatrischen Anstalt überwiesen und ihm der § 51 zugestimmt. Er war sich bald dieses Vorteils bewusst und ging planmässig darauf aus, ihn zu nutzen. Dass es sich bei seinem auffallenden Gebahren im Gefängnisse nur um ein Kunsterzeugnis handelte, geht aus seinem ganz andersartigen Betragen in den Anstalten hervor, wo er die Erfahrung gemacht hatte, dass er mit seinen Mätzchen nichts erreichte. Hier war er ein fleissiger und geschickter Arbeiter von ruhigem, gleichmässigem Verhalten, an dem wirklich krankhafte Erscheinungen nicht zu bemerken waren. Wohl machte sich hin und wieder eine gewisse Reizbarkeit geltend, aber er konnte sich gleich beherrschen und in die Umstände fügen. Es fehlte seinen Erregungen vollkommen die charakteristische Rücksichtslosigkeit mit Nichtbeachtung aller Folgen für die eigene Person. Sie waren vielmehr stets nicht nur in äusseren Vorgängen begründet, sondern auch in ihren Folgen berechnet. Niemals verlor er wirklich die Herrschaft über sich.

Es ist daher nicht zu bezweifeln, dass J. im Falle einer Verurteilung sich auch in die Gefängnisordnung zu fügen gelernt haben würde. Tatsächlich hat er denn auch nicht nur früher, ehe die Periode seiner Exkulpierungen einsetzte, ohne Störung Strafen abgesessen, sondern auch später, wie katamnestische Nachfragen ergaben, hat er im Zuchthause unauffällig zugebracht.

Hübner hat einmal in einem lehrreichen Vortrage hervorgehoben, wie gern sich Kriminelle die verschiedenartige Beurteilung und Behandlung durch Gefängnisarzt und Anstaltsarzt zunutze machen, und wie günstig es wirkte, als infolge getroffener Vereinbarung beim nächsten Aufregungszustande des aus der Klinik in die Haft Zurückgeschickten statt des erwarteten Gefängnisarztes der Klinikarzt selbst erschien und die Zwecklosigkeit solcher vorgetäuschten Erregungen auseinanderzusetzen in der Lage war. Die „Krankheitserscheinungen“ hörten damit wie abgeschnitten auf.

Bei J. mag man lediglich von Uebertreibung einer tatsächlich vorhandenen Reizbarkeit reden. In anderen Fällen werden auch einzelne Gesichtstäuschungen und Wahnideen hinzusimuliert. Mönkemöller, der in beweglichen Worten die schwierige Stellung des Anstaltsarztes gegenüber der Einweisung solcher Individuen aus den Gefängnissen geschildert hat, spricht treffend von einer Aufpfropfung künstlicher Erfindungen auf eine allgemeine psychopathische Minderwertigkeit. Die Schwierigkeit liegt vor allem in der Aehnlichkeit solcher simulierten Zustände mit manchen der von Bonhoeffer, Siefert, Birnbaum u. a. geschilderten degenerativen Hafterkrankungen. Indessen meinte schon Wilmanns, dass in einzelnen derartigen Fällen wohl zunächst eine primäre Vortäuschung geistiger Störung bestehe, bis dann mit der Zeit, vielleicht durch eine Art von Autohypnose, der Betreffende sich in eine hysterische Psychose hineinarbeite.

Jedenfalls ist es oft eine heikle Frage, wie weit man bei Beurteilung der Haft- und Strafvollzugsfähigkeit den Hauptnachdruck auf die minderwertige Grundlage einer solchen Pfropfsimulation legen soll. In Zweifelsfällen wird es gewiss ratsamer sein, die Möglichkeit tatsächlichen Irreseins zu berücksichtigen und sich zunächst in diesem Sinne auszusprechen, bis der Fall etwa durch weitere Beobachtung in schärfere Beleuchtung gerückt wird. Es ist sicher besser, lieber in solcher Richtung einen Irrtum zu begehen, als umgekehrt. Jedoch darf man nicht unter allen Umständen hartnäckig die erstmalige Auffassung festhalten wollen, obwohl die fernere Entwicklung nahe legt, dass nur Täuschung vorlag. Im folgenden Falle, wo ich mich erst für Krankheit entschied, hatte bestimmt Simulation die Hauptrolle gespielt:

Fall 2. Hugo Sch., 31 Jahre alt, hatte mit seinen beiden Brüdern Kuno und Bruno zusammen schwindelhafte Krankenversicherungsgesellschaften in verschiedenen Städten begründet. Es wurden wohl die Versicherungsbeiträge erhoben, aber um die Gegenleistungen wusste sich die Kasse zu drücken; gleichzeitig wurden den Brüdern als Beamte übermässig hohe Gehälter gezahlt. Als die Aufsichtsbehörde, auf das Treiben aufmerksam geworden, die Auflösung dieser Ver-

sicherungsgesellschaften verlangte, rief Hugo als Direktor eine „Generalversammlung“ ein, in der nur er und seine Brüder erschienen, um durch „Beschluss“ den noch vorhandenen Kassenbestand von ca. 22000 M. „als Entschädigung“ unter sich zu teilen. Als das Aufsichtsamt nun einschritt und das Geld zurückforderte, suchte Hugo mit der Summe ins Ausland zu gelangen, wurde aber an der Grenze am 20. 4. 13. verhaftet; die 22000 M. wurden an seinem Körper gefunden.

Bei seiner Vernehmung am 21. 4. behauptete er, durch „Generalversammlungsbeschluss“ sei ihm das Geld zuerkannt worden. Sein Bruder Kuno führe die Geschäfte noch weiter. Ebenso äusserte er sich am 22. 4., machte jetzt einen „nervösen“ Eindruck, schrieb auch in einem Briefe, der Richter suche ihm einen „Mord“ nachzuweisen. Am 24. 4. erhob er gegen den Haftbefehl Einspruch, er habe die Geschäfte der Gesellschaft einwandfrei geführt, das Geld, stehe ihm als Gehalt zu. Gleichzeitig klagte er in einem Briefe an den Bruder Bruno über Nervenzucken und drohte, den Gerichtsarzt zu verklagen.

Ebenso betonte er am 9. 5. sein gutes Recht, schrieb aber zugleich an einen ihm bekannten Psychiater, er möchte ihn untersuchen, der Gerichtsarzt verstehe nichts; er sei doch erst kürzlich aus einem Nervensanatorium entlassen worden. Der Richter habe diese Nacht zu ihm gesagt, er habe einen Mord begangen. Ferner am 15. 5. protestierte er gegen die unberechtigte Verhaftung und klagte über seinen schlechten Gesundheitszustand. Es sei alles rechtmässig zugegangen, nach ihren Satzungen sei jede Generalversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder beschlussfähig.

Am 4. 6. drohte er jede weitere Aussage zu verweigern, auch vor dem Schwurgericht: „Solange ich lebe, wird gut prozess!“ Alles frage ihn hier aus, der Untersuchungsrichter, der Oberinspektor, der Arzt, der Anwalt, es sei zum Weglaufen. Nur wenn er nicht mehr antworte, höre die Frageri auf. Am 11. 4. liess er durch seinen Verteidiger mehrere ärztliche Atteste über frühere nervöse Störungen vorlegen. Er hatte sich von Februar bis März wegen Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Vergesslichkeit, Kopfschmerzen in einem Sanatorium behandeln lassen; ebenso vorher im Dezember an anderer Stelle wegen Blutarmut und nervösen Herzbeschwerden, endlich im Oktober von dritter Seite wegen allgemeiner Nervosität. In dem einen Atteste war von oberflächlicher Sorglosigkeit und Schwäche des Willens und des Urteils die Rede. Es handle sich anscheinend um eine seit Jahren schleichend begonnene Krankheit mit Niedergang der psychischen Fähigkeiten und Unvermögen, die Tragweite gewisser Handlungen und Unterlassungen zu übersehen. In dem anderen Atteste wurde sogar behauptet, dass Hugo Sch. mindestens seit 2 Jahren für die im Affekt und in krankhafter Vorstellung begangenen Handlungen nicht verantwortlich gemacht werden könnte. Er sei ungemein leicht reizbar, unangenehme Eindrücke lösten bei ihm Affekte aus, die nicht durch Selbstbeherrschung und logisches Denken unterdrückt und korrigiert würden. In solchen Momenten gehe ihm die Fähigkeit ab, die Folgen seiner Handlungen zu erwägen.

Endlich bescheinigte der Gefängnisarzt in H., er habe den Besch. schon vor Jahren begutachtet. Damals sei dieser hochgradig neurasthenisch gewesen

und sei infolge seiner Reizbarkeit bei der geringsten Kleinigkeit in grösste Aufregung geraten, sodass er nicht mehr Herr seiner Sinne erschien. In solchem Affekte habe er beleidigende Flugblätter veröffentlicht und sei deshalb exkulpiert worden. Er sei erblich belastet; schon die Eltern seien nervös gewesen, ein Bruder habe Selbstmord verüben wollen, der jüngste Bruder Otto sei schwach-sinnig.

Am 12. 6. verfasste der Besch., der sich bis dahin immer noch sachgemäss verteidigt hatte, konfuse Schreiben, in welchen er gegen Staatsanwalt, Richter, Gefängnisarzt allerlei Anschuldigungen erhob, hohe Entschädigungsansprüche stellt, von einem Adelsprädikate sprach. Uebrigens erhob auch die Mutter Sch. fabelhafte Beschwerden: Ihre Söhne müssten hungern, im Bretterschlag sitzen, würden langsam zu Tode gemartert. Desgleichen richtete der Bruder Bruno die heftigsten Ausfälle gegen Gericht und Beamte.

Eigene Beobachtung: Am 2. 4. und 14. 10. besuchte ich die Brüder Sch. im Untersuchungsgefängnisse. Während Kuno nichts besonderes bot, führte Hugo wirre Reden, verbat sich erregt jede Fragerlei, schlug auf den Tisch, weinte und gab das erste Mal keine Antworten. Das zweite Mal äusserte er: „Die Bulldogge schlage ich tot, wenn sie wieder ins Haus kommt. 5—6 mal kommt sie herein, ich habe jedesmal die Tür zugemacht. Endlich war sie rausgesprungen.“ (Blickt scheu umher, macht sonderbare Töne, nimmt den einen Fuss in die Hand, spielt mit den Fingern daran). „Ich denke über die Broschüre nach, die ich herausgeben will. Die Rechtsanwälte und die ganzen Aerzte, die stecken mit dem Gericht unter einer Decke. Das will ich jetzt an die Oeffentlichkeit bringen.“

(Geld zum Druck?) „Ach ich habe genug Geld, aber die Völker machen einen bettelarm; das ist es ja gerade! Die Katze sass auf dem Ofen und war so schwarz, wie das Ofenrohr. Die hat mich ganz böse angeguckt. Ich habe dem Volk ja garnichts getan!“

(Stimmen gehört?) „Die Bude ist für mich nicht geeignet. Das ist ja ein Zug! Wie, wie ein Blitzzug, so geht das. Man will sich aber auch nicht beschweren, denn die Leute haben ja genug schon. Ich will gern 2—300 Jahre hier bleiben, aber man soll mir meine Ruhe lassen. Ich will hier ruhig sitzen und meine Ruhe haben!“

(Krank?) „Nein, ich bin ganz gesund.“

(Wie hierher?) „Das weiss ich auch nicht. Ich habe ja den ganzen Tag Unterhaltung genug.“

(Spricht wer nachts zu Ihnen?) „Ich brauche ja nicht zu schlafen, ich gebe ja einfach Antwort, und wenn mir die Sache zu dumm wird, fange ich an zu schimpfen. Die Sache muss ganz aus der Welt geschafft werden.“

(Was wird gesagt?) „Mein Vater sagte diese Nacht, ich sollte mich nicht bezwingen lassen. Die müssen mir alle parieren! Das ist ja auch ganz selbstverständlich.“

(Spricht er oft zu Ihnen?) „Mein Vater und ich, wir sind ja immer zusammen.“

Spricht dann plötzlich wieder von der Broschüre, die er herausgeben will: „Den Untersuchungsrichter habe ich ja schon zweimal belehrt und der Staatsanwalt hat auch keine Kenntnisse und das Landgericht und Oberlandsgericht wissen auch von nichts. Das sind doch keine Zustände!“

(Worüber belehrt?) „Da habe ich eingesehen, dass ich mehr Kenntnisse habe wie er, und da hat er mich garnicht mehr untersucht. Das ist bezeichnend für das ganze Verhalten des Untersuchungsrichters. Er soll mich doch rufen, dann helfe ich ihm darauf.“

(Wie liegt die Sache?) „Das ist überhaupt keine Sache! So eine Sache kann man im Schlaf erledigen. Und die Anwälte? Ich weiss nicht, wofür die Kerle auf der Welt sind! Die haben keine Ahnung! Die verstehen nicht den blauen Teufel! Ich habe den Untersuchungsrichter in C. aufmerksam gemacht, den Staatsanwalt auch in M. Ich muss die ganzen Leute belehren. Die haben die Gesetze, sind aber zu faul, in die Gesetze zu gucken. Ich kenne das Gesetz auswendig. Der Untersuchungsrichter hat reingeguckt und hat es falsch verstanden. Was sagen Sie dazu? Werden sie auch eine Broschüre nehmen? Ich denke doch, dass ich 500000 bis 1 Million absetze. Die müssen in die ganze Welt. Ich tue einzelne Filialstellen machen und die Vertreter kriegen ein Quantum Bücher. Eine Million!“

Auch bei dem dritten Besuche fing er gleich von der Broschüre an. Er murmelte grimassierend vor sich hin, kratzte auf dem Tische, sagte: „Ich werde die Broschüre doch herausgeben und vorn tu ich meine Photographie hin. Dann weiss jeder, dass ich das Geld hatte. Die Photographie kommt darauf!“

Aeussert dann ärgerlich: „Ich glaube, dass die Kerls mich hier noch vergiften. Ich habe schon ein paar Tage Durchfall gehabt. Jetzt sehen Sie, dass ich nicht hinaus will. Nun machen sie es auf diese Weise.“ (Weint). „Mit dem Leichenzug war es ganz anders; da waren die Pferde schwarz behangen und die Musik spielte und die Leute sind hinterher gegangen. Das ist so unnütz!“

(Wann?) „Vor ein paar Tagen.“

(Wie hierhergekommen?) „Das weiss ich ja nicht. Ich bin spazieren gegangen und da haben sie mich eingesteckt.“

Beantwortet die einfachsten Fragen nicht, will nicht einmal die Monate wissen. Sei nie zur Schule gegangen.

Am 21. 10. erfolgte die Aufnahme in die Klinik. Die körperliche Untersuchung ergab folgenden Befund:

31jähriger Mann von Uebermittelgrösse, kräftigem Knochenbau, mässiger Ernährung, blasser Hautfarbe. Schädel ohne Besonderheiten. Sehlöcher weit, rund, gleich, verengern sich regelrecht bei Belichtung und Einwärtssehen, Augenbewegungen frei. Gesicht gleichmässig bewegt. Zunge kommt gerade heraus, zittert leicht. Stotternde, aber sonst nicht gestörte Sprache. Sehnenreflexe stark erhöht. Hautreflexe ohne Besonderheiten. Tast- und Schmerzempfindung herabgesetzt. Gang sicher. Puls von mittlerer Stärke, regelmässig. Herztöne rein. Lungen ohne Besonderheiten. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Liegt ruhig im Bette, spricht nur leise vor sich hin und zupft Fäden aus seiner Decke. Nimmt Nahrung, schläft aber wenig. Wird allmählich freier, knüpft Gespräche mit seinen Bettnachbarn an, verlangt Zigarren, erklärt dem Pfleger, er habe Geld auf der Verwaltung. Lässt sich nicht photographieren. Fordert Briefpapier. Zeitweise beobachtet er misstrauisch seine Umgebung und führt unter lobhaftem Gestikulieren unverständliche Reden. Dem Arzte gegenüber zurückhaltend in seinen Antworten.

22. 10. (Warum hier?) „Ich bin doch vollständig gesund, ich weiss nicht.“

(Aus Untersuchungshaft?) „Ich habe so viel im Kopfe, das sind 4 bis 500 Jahre her, dass wir die Schlösser gehabt haben. Die Zeitung tut das ja alles.“

(Welche Zeitung?) „Da muss ich ja immer hin. Die 300 Maschinen und die 800 Millionen Einwohner.“

(Wer Redakteur?) „Das geht ja anders, davon verstehen Sie nichts.“

(Geldmittel?) Jede Annonce von der Grösse kostet schon 80000 Mark.“

(Das sehr viel) „Die Annonce geht ja doch durch die ganze Welt, kommt ja in alle Sprachen.“

(In welcher Schule gewesen?) „Schule? Weiss ich nicht!“

(Wo aufgewachsen?) „Weiss ich nicht. Ich habe das mit der Zeitung. Meine Photographie ist vorn darauf. Ich habe 500 Automobile und die Eisenbahnstation. Die Stadt hier heisst Sch. (sein Name) Alles aussteigen!“

(Wo liegt die Stadt Sch.?) „Weiss ich nicht. Da muss noch alles, das ist . . . da verstehen Sie nix von!“

(Wo Ihr Vater geboren?) „Das haben wir gar nicht.“

Kommt Aufforderungen nur zögernd nach, hat dauernd die Stirn gerunzelt. Stottert stark. Liegt oft unter der Decke und führt laute Selbstgespräche. Einmal weinte er bei der Visite, verschmähte nachher das Mittagessen. Sonst ass er gut, hielt sich sauber. Auf Fragen antwortete er ausweichend oder gar nicht, wollte nicht rechnen können. Als ihm ein Kranker mit einer Zeitung einen leichten Schlag versetzte, ward er sehr erregt, fasste nach dem Bettische und drohte damit zu werfen. Beruhigte sich nur langsam.

8. 11. (Wie geht es?) „Ich habe ja über nichts zu klagen.“

(Wie lange nicht mehr?) „Da habe ich ja weniger Interesse für; ich habe ja mit meiner Broschüre genug zu tun. Das lässt sich ja schnell machen.“

(Wie viel davon geschrieben?) „Ich habe es im Kopf. Es ist ja schnell hingeschrieben.“

(Wie lange bei uns?) „Weiss ich nicht.“

(Wie heisst Ihr Nachbar?) „Das weiss ich nicht.“

(Wie der Pfleger?) „Weiss ich auch nicht. Das kann mir ja ganz egal sein, wie der Kerl heisst, nicht?“

(Was für Leute neben Ihnen?) „Ganz ordentliche.“

(Kranke?) „Ach, die sehen gar nicht krank aus!“

(Sie krank?) „Ich bin nicht krank.“

(Haus hier?) „Irrenanstalt. Was habe ich da zu tun, das möchte ich gern mal wissen.“

(Nicht mit Anwalt verhandelt?) „Ach, die haben alle kein Verständnis, die Kerls!“

(Wo wir uns früher gesehen?) — — —

(Vielleicht im Gefängnis?) „Das kann sein, Ich habe so viel mit der Broschüre zu tun. Wenn die fertig ist, ist ja alles festgelegt.“

(Monat?) „November.“ (Wie viele?) „Der 5.“

(Wo festgenommen?) „Ich will einfach meine Ruhe haben.“

(Im Sanatorium gewesen?) „Ich habe so viel mit meiner Broschüre zu tun.“

(Worüber handelt die?) „Ich werde denen schon das Gesetz beibringen, wenn die keine Kenntnisse haben.“

(Wieso?) „Die haben ja so viel gesündigt, dass das himmelschreiend ist.“

(Wer?) „Ueberhaupt alle! Die Rechtsanwälte und die Gerichte.“

(Haben was gegen Sie?) „Die sind immer auf uns herum. Wir tun nichts; aber weil die nicht das Gesetz verstehen, sitzen die auf uns.“

(Haben Sie Forderungen?) „Wenn wir Prozesse gegen andere Leute anstrengen, verlieren wir sie. Strengen die Prozesse gegen uns an, haben die gewonnen! Das wird durch meine Broschüre schon alles festgelegt. Die erscheint in Frankreich, England und Amerika.“

(Wer übersetzt sie?) „Ach, da sind überall so viel Deutsche. Die setzt man sofort ab, die Broschüre.“

(Kopfschmerzen?) „Nur so ein Druck auf dem Kopf.“

(Schlaf?) „Wenn meine Broschüre fertig ist, werden sie in ganz Deutschland aufgucken.“

(Gedächtnis schlecht?) „Ich brauche mich doch um nichts zu bekümmern. Ich muss hauptsächlich sehen, dass meine Broschüre genügend Absatz findet.“ „Wenn wir jemand anzeigen, dann ist es ein Zivilprozess! Ist es aber wirklich ein Zivilprozess, ist es eine Strafsache! Der Hönsbroch hat das Schloss von uns durch Schwindeleien erworben. Unsere Vorfahren hatten doch ein Schloss; das hat er einfach so eingesteckt. Wie heisst noch das Nest? Er wohnt ja selbst darin. Unsere Vorfahren waren Freiherren. Warum wir jetzt anders heissen, weiss ich nicht. Wir suchen das jetzt festzustellen.“

Unterhielt sich in der nächsten Zeit viel mit anderen Kranken, suchte auf den Korridor vor dem Wachsaal hinauszugelangen, hatte in seinem Nachtschränken eine abgerissene Eisenklammer versteckt.

20. 11. Abends plötzlich erregt, wirft mit einem Glas nach der Nachtwache. Wird auf die unruhige Abteilung verlegt, wo er sich sogleich beruhigt und geordnet benimmt.

21. 11. Bittet bei der Visite um seine Rückverlegung nach dem oberen Saale.

(Worüber erregt?) „Da kamen 2 Kerls und haben mich einfach heruntergeholt.“

(Geworfen mit Glas?) „Ach, die haben mich heruntergeholt. Seitdem bin ich hier.“

(Mit Glas geworfen?) „Ich habe Kaffee getrunken und da sind sie gekommen, mir nichts, dir nichts sind sie dagewesen. Ein ganzer Trupp war

das. Die haben wohl keine Betten mehr und darum dachten sie, sie schaffen mich runter. Komm ich wieder rauf?“

(Warum mit Glas geworfen?) „Ja, wenn der das sagt, ich weiss es nicht. Ich weiss nur, dass sie gekommen sind.“

(Denken Sie nach!) „Ach, der hat vielleicht geträumt oder hat geschlafen. Er müsste ja verwundet gewesen sein! Ich weiss von nichts. Komm ich nicht wieder hinauf?“

(Gefährlich, wenn Sie nicht wissen, was Sie tun.) „Ach, die können doch die Gläser wegstellen.“

(Sonst auch schon so geworfen?) Lächelt: „Ich wüsste nicht, dass ich schon jemand totgeschmissen habe.“

(Gern oben?) „O, ja, Pfleger sind gut und Aerzte. Ich habe über nichts zu klagen.“

Nennt auf Befragen die Namen von Kranken, aber nicht von Pflegern oder Aerzten. Gibt an, er wolle jetzt eine Reise um die Welt antreten. Entfernt sich mit spöttischer Verbeugung: „Guten Abend, Herr Professor!“ Seine verschiedenen Briefe an die Aerzte und Angehörigen waren stets freundlich abgefasst und merkwürdig unorthographisch. So schrieb er z. B.: „Schon 2 Wogen bin ich im Bet heute as ich einen Hering und Kartoffln. Ich muss mog einen Lebensblann schrepen hete aber noch . . . schickt 1 Giste Cikaren und einiche süsigkeiten.“ Bei Intelligenzfragen antwortete er sofort mit Vorbeireden.

Das ganze Verhalten machte von vornherein einen übertriebenen und stark gekünstelten Eindruck. Indessen war zu bedenken, dass es sich nach der Vorgeschichte um einen schwer belasteten Psychopathen handelte, der seit Jahren nervöse Erscheinungen gezeigt hatte, und dass bei derartigen degenerativen Individuen in der Untersuchungshaft die eigenartigsten Formen psychischer Störungen vorübergehend vorkommen. Eine Dementia praecox war dagegen nach Vorgeschichte und Krankheitsbild weniger wahrscheinlich. Jedenfalls erschien er zur Zeit nicht verhandlungsfähig. Um dem Gericht die Möglichkeit zu geben, die Sache gegen ihn abzutrennen und zunächst gegen den Bruder allein zu verhandeln, ward unter solchen Umständen folgendes Gutachten abgegeben:

Gutachten.

Hugo Sch. ist zur Zeit geisteskrank.

Er führt verwirrte Reden, vollführt sonderbare Handlungen und trägt eine Reihe von Wahnvorstellungen vor, scheint auch vorübergehend an Sinnes-täuschungen zu leiden. Er neigt zu plötzlichen Erregungen und will sich der einfachsten Dinge nicht erinnern können, weiss aber andererseits offenbar über seine Situation ganz gut Bescheid.

Dieses etwas widerspruchsvolle Krankheitsbild, das er zur Zeit bietet, macht keineswegs den Eindruck einer alten chronischen Verrücktheit oder eines Falles von Spannungsirresein, sondern ähnelt noch am meisten gewissen hysterischen Haftpsychosen, wie sie bei dazu veranlagten, meist von Haus aus

minderwertigen Individuen gelegentlich in der Untersuchungshaft ausbrechen, um später wieder vollständig zu verschwinden. Man hat sie wegen ihrer Entstehung durch unglückliche Situationsbedingungen treffend Situationspsychosen genannt. Sie machen wohl den Betreffenden vorübergehend haft- und verhandlungsunfähig, laufen aber in verhältnismässig kurzer Zeit wieder ab und erlauben an sich niemals schon den Schluss auf Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Begehung der Tat.

Die Frage, ob Sch. bereits bei Begehung der ihm zur Last gelegten Handlungen der freien Willensbestimmung entbehrte, muss an der Hand der Akten erörtert werden. Es ist beachtenswert, dass er einmal in M. auf Grund des § 51 freigesprochen worden ist, dass er sich zur Behandlung in einer Nervenheilanstalt aufgehalten hat und dass er nach Ansicht des Gefängnisarztes von H. schon länger an einem chronischen Nervenleiden erkrankt gewesen ist, in welchem er nicht immer Herr seiner Sinne gewesen sein soll. Unter diesen Umständen bedarf jene Frage einer gründlichen Prüfung:

Der Besch. stammt aus einer erblich sehr belasteten Familie. Beide Eltern werden als nervös bezeichnet, dazu die Schwester und der eine Bruder. Zwei Brüder sollen geistig minderwertig oder direkt schwachsinnig sein. Der letzte Bruder schreibt höchst sonderbare Eingaben, ist mindestens ebenfalls ein Psychopath. Der Besch. selbst hat als Kind Rachitis und eine Kopfverletzung gehabt, lernte schwer, kam nur bis Untertertia, wurde dann Kaufmann. Er war blutarm und hatte ausser Lungenspitzenkatarrh zahlreiche nervöse Beschwerden, wie Herzerscheinungen, Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, grosse Reizbarkeit. Vom 13. 2. bis 22. 3. 13 befand er sich zur Behandlung in der Nervenheilanstalt H. in B., nachdem angeblich infolge einer missglückten Verlobung seine Nervosität eine Verschlimmerung erfahren hatte. Ausserdem liess er dort eine syphilitische Ansteckung mit Hg und Salvarsan behandeln.

Ein damals erstattetes Gutachten von W. betont nervöse Schlaflosigkeit, Erregbarkeit, Vergesslichkeit, Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, Schwäche von Willen und Urteil. Die ganze Schilderung macht den Eindruck einer schweren Neurasthenie, nicht einer eigentlichen Geisteskrankheit. Die Verneinung der Zurechnungsfähigkeit geschah nur im Hinblick auf solche Fälle, in denen sich Sch. durch seine krankhafte Erregbarkeit im Zorn zu einer Affekthandlung hätte hinreissen lassen oder in der Zerstretheit sich einer blossen Unterlassung schuldig gemacht hätte.

Von einer derartigen nervösen Affekthandlung kann nun aber im Hinblick auf die dem Besch. jetzt zur Last gelegten Straftaten nicht wohl die Rede sein. Das ganze Vorgehen ist mit voller Ueberlegung und Konsequenz im Einvernehmen mit dem Bruder Kuno erfolgt, hat sich über eine längere Zeit erstreckt, und der Besch. hat nachher nicht nur Erinnerung an die Einzelheiten der Tat gezeigt, sondern er hat sein Tun immer als berechtigt zu verteidigen gesucht und mit Geschick nach Entschuldigungsmomenten sich umgesehen. Wenn somit auch nicht bestritten werden soll, dass Hugo Sch., wie das die früheren Gutachter betont haben, seit Jahren nervös leidend ist, so erscheint es doch im höchsten Grade zweifelhaft, ob diese Nervosität jemals zu einem

solchen Grade geistiger Störung Veranlassung gegeben hat, dass dadurch Aufhebung der freien Willensbestimmung bei Ausführung der heute in Frage stehenden Straftat begründet werden könnte.

Die zur Zeit bestehende Geistesstörung macht, wie bereits oben hervorgehoben wurde, schon ihrer Form nach durchaus den Eindruck einer in der Haft ausgebrochenen Erkrankung. Auch die Durchsicht der Akten gibt uns Anhaltspunkte für die gleiche Annahme. Allerdings ist sogleich nach der Verhaftung an Sch. eine grosse Nervosität dem vernehmenden Amtsrichter aufgefallen, so dass dieser die Untersuchung durch den Kreisarzt veranlasste, auch hat Sch. in einem Briefe die merkwürdige Behauptung aufgestellt, der Richter habe ihm nachts gesagt, er wolle ihm einen Mord nachweisen; allein im übrigen sehen wir anfangs in allen Vernehmungen dauernd sachgemässe Beantwortung der Fragen und zweckentsprechende Verteidigung. Auch die Briefe enthalten lange Zeit höchstens Klagen über Zunahme der nervösen Beschwerden, wie Nervenzucken, Kopfschmerzen, dann im Juni die Behauptung, er wisse nicht mehr, was er vor einer Viertelstunde gesagt habe. Dann folgen Klagen über die ewige Fragerie; er werde überhaupt nichts mehr antworten.

Erst am 12. 6. beginnt der Besch. konfuse Schreiben zu verfassen, in denen er gegen Staatsanwalt, Richter, Gefängnisarzt allerlei Anschuldigungen erhebt, als wolle man ihn zum Meineid verleiten und töten oder ihm den Adelstitel zusprechen u. dergl. Von hier ab also setzt deutlich die psychogene Hafterkrankung ein. Bei den verschiedenen Untersuchungen im Oktober und November vermochte ich stets das gleiche Bild zu konstatieren, wie es oben schon geschildert worden ist. Daraus würde aber hervorgehen, dass die zur Zeit hervortretende Geisteskrankheit des Sch. erst in der Haft entstanden ist.

Solange diese neue Erkrankung nicht abgelaufen ist, erscheint es begreiflicherweise misslich, ein endgültiges Gutachten über den gewöhnlichen Geisteszustand des Besch. abzugeben. Immerhin dürfte die überwiegende Wahrscheinlichkeit meines Erachtens schon heute für die vorstehend niedergelegte Auffassung des Sachverhaltes sprechen. Zusammenfassend gebe ich mein Gutachten dahin ab:

1. Hugo Sch. ist in der Haft geistig erkrankt und zur Zeit weder haftenoch verhandlungsfähig.
2. Er leidet zwar seit Jahren an schweren nervösen Störungen, doch fehlen genügende Anhaltspunkte für die Annahme, dass er sich zur Zeit der Begehung der ihm jetzt zur Last gelegten Handlungen in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hätte, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Kaum hatte der Besch. durch seinen Anwalt von diesem Gutachten gehört und begriffen, dass jetzt vermutlich gegen seinen Bruder allein verhandelt werden würde, ohne dass er doch auf spätere Freisprechung auf Grund des § 51 zu rechnen hatte, so änderte er sein gesamtes Verhalten. Er benahm sich nun völlig geordnet, hörte auf zu stottern und zu grimassieren und verlangte den Arzt zu sprechen. In fliessender Form trug er ihm folgendes vor: „Ich wünsche, dass das Gutachten aufgehoben wird, da keine Geisteskrankheit

vorliegt. Es wird ja auch keine Broschüre gemacht mit 500000 bis 1000000 Exemplaren und kein Blitzesehen und mit Verstorbenen sprechen, das ich bei den Vernehmungen angegeben habe. Ich kenne ja sämtliche Symptome der Geisteskrankheit. Ich habe auch nicht mit einem Glas geworfen damals, sondern nur mit Filzpantoffeln.“

(Stadt Sch. gründen?) „Ja, das habe ich auch gesagt und ein Zeitungsunternehmen mit 800—900 Millionen Exemplaren! Man kann höchstens mit 800 Abonnenten anfangen.“

(Warum das alles erzählt?) „Das kann ja kein Mensch glauben, ich auch nicht!“ (Lacht.) „Das habe ich absichtlich gemacht. Ich dachte, ich könnte dadurch Geld sparen für die Verteidigung. Auch das mit meinen Photographien in der Ecke an den Zeitungen und 1060 Ballen Papier täglich, das habe ich alles nur so gesagt.“ (Hatte das tatsächlich früher erzählt.)

(Warum so gestottert?) „Das kann man doch leicht nachmachen.“ (Lacht.)

(Geschichte mit Bulldogge?) „Ach, das war bei der 2. Vernehmung im Untersuchungsgefängnis. Aber da habe ich auch keine Bulldogge gesehen. Als Sie dann sagten, das genügt! (Zum Schliessers tatsächlich gesagt), da habe ich gedacht, dass ich bald frei kommen würde.“

(Meinten, Verfahren würde wegen Ihrer Geisteskrankheit eingestellt?) „Ja.“ (Nicht gedacht, dass Fall abgetrennt würde?) „Nein, das habe ich nicht gedacht gehabt.“

(Auch gesprochen von schwarzer Katze?) Lacht: „Ja, das habe ich auch gesagt. Ich habe weder Katze noch Ofenrohr gesehen.“

(Wollten 2—300 Jahre bleiben?) „Gewiss, wohl im Untersuchungsgefängnis!“ — Lacht höhnisch.

(Filialen?) „Ja, ich habe gesagt, ich würde Filialen gründen. Ich möchte bloss wissen, wer sich für meine Strafsache interessiert! Kein Mensch. Ich würde mich doch nur selbst blamieren, dass ich mit 30 Jahren schon Konkurs gemacht habe. Was soll nun noch meine Photographie dabei?“

(Nie zur Schule gewesen?) „Ach, ja, so habe ich gesagt und Sie haben gesagt: Wir sind doch hier in Deutschland!“ (Tatsächliche Aeusserung.)

(Vergiftungsfurcht gehabt?) „Das sagte ich nur, um das Misstrauen zu begründen, das gewöhnlich bei Geisteskranken besteht.“

(Kopfschmerzen gehabt?) „Das habe ich vor allem gesagt, weil Dr. E. ausgesagt hatte, ich wäre schon 2 Jahre geisteskrank, ich wollte ihm keine Unannehmlichkeiten machen und das Oberlandesgericht verlangte eine ausführlichere Begründung. Ich war damals krank, als ich zu Dr. E. kam. Ich habe das ja alles gewusst mit der Broschüre und konnte mir nicht anders helfen. Ich wollte Dr. E. nicht hineinlegen. Ich habe mir so viel Gedanken gemacht in der Untersuchung.“

(Nach Verhaftung behauptet, des Amtsrichters Stimme zu hören, die Ihnen Mord vorwarf?) „Ich dachte, ich würde dann vielleicht entlassen.“

(Warum in Nervenheilanstalt B.?) „Ich hatte so eine Schwäche, wohl durch Syphilis.“

(Klagten Reizbarkeit und Kopfdruck?) „Ach, ich bin besonders wegen meiner Beleidigungsklage hingegangen.“

Sagt: „Ich möchte vor allem, dass die Gemeingefährlichkeit aufgehoben wird. Geisteskrankheit ist keine Schande, es ist ein Zeichen, dass man den Kopf angestrengt hat. Ich schlage aber keinen tot, ich möchte verhandelt werden.“

(Ihnen recht, dass vor Gericht alles zur Sprache kommt?) „Gewiss, wir laden unsere Entlastungszeugen, dann ist alles erledigt.“

(Früher gesagt, Sie wollten nicht sprechen?) „Jetzt besteht nicht die Absicht. Stände das nicht in der Anklageschrift, wüsste ich das überhaupt nicht mehr. Ich habe immer die Wahrheit gesprochen und da hiess es, es seien Ausflüchte. Die sollten doch froh sein, wenn einer die Wahrheit spricht! Mein Anwalt wollte mir auch nicht glauben, dass ich nicht über die Grenze wollte.“

(Antwort auf Anklageschrift?) „Ach, mein Rechtsanwalt hat schon Information, ich möchte zur Schwurgerichtsverhandlung, ins Untersuchungsgefängnis, nur dass ich nicht mehr hierher zurückgebracht werde.“

An seine Angehörigen schrieb er jetzt folgenden stilistisch und orthographisch fehlerfreien Brief:

„Meine Lieben!

Herzlichen Glückwunsch, ich habe die Anklage erhalten, 42 Seiten ist sie lang, obwohl der Inhalt derselben nicht die Welt erschüttern kann. In den nächsten Tagen werde ich sie Euch zusenden und fertige dann noch eine Abschrift für Herrn K. in M., da ich ihn doch zuziehen möchte, umsomehr als der K. Bürgermeister auch als Zeuge geladen ist und Letzterer ausgesagt hat, er wüsste nicht, wovon die Familie Sch. leben würde.

Was meine Geisteskrankheit anbelangt, so habe ich heute mit Herrn Prof. R. noch gesprochen, wie er mich für geisteskrank bezeichnen könne. Wir müssen mal sehen, was sich jetzt machen lässt. Jedenfalls findet die Schwurgerichtssitzung nicht eher gegen Kuno statt, bis dass das Gutachten der hiesigen Irrenanstalt aufgehoben ist. Dass sämtliche Symptome der Dementia praecox, Paralyse und Paranoia in einen Kessel geworfen sind, ist doch aus dem Gutachten klar und deutlich zu ersehen. Mir geht es gut, lässt sich doch denken und ich habe mich hier auch gut erholt, so dass meine Absicht, mich vor der Schwurgerichtssitzung wieder vollständig herstellen zu lassen, anstatt nach dem Freispruch jeden Tag 10—12 M. an ein Sanatorium zu bezahlen, doch als gut bezeichnet werden muss. In 6 Wochen habe ich ca. 6 Pfund zugenommen. Der Schlaf ist auch gut, weshalb von einer innerlichen Erkrankung keine Rede sein kann. Mein körperliches Befinden ist also tadellos.

Was die Anklage anbelangt, so ist sie nicht der Rede wert, obwohl man sich bei der Staatsanwaltschaft ja tüchtig angestrengt hat. Es ist keine Sache. Rechtsanwalt J. hat Information, obwohl ich ihm noch etwas mitzuteilen habe. „Mancher Rechtsanwalt könnte froh sein, wenn er Ihre Kenntnisse in diesen Sachen hätte,“ sagte J.; die Sache ist zu kleinlich: wäre ich aber auf freiem Fusse geblieben, wäre es nicht zu einer Anklage gekommen. Für die Urteils-

begründung des Oberlandesgerichts habe ich Interesse und war es demnach doch gut, dass Kuno meinem Rat, Revision einzulegen, Folge leistete. Schickt die Begründung also mal herüber. Wie geht es Euch sonst? Mimis Brief und das Paket erhielt ich. Zigarren senden ist nicht notwendig, denn ich will mir das Rauchen doch ziemlich abgewöhnen.

Dem J. braucht Ihr nicht eher Geld zu schicken, bis dass die Hauptverhandlung anberaumt ist bzw. das Gutachten aufgehoben ist; jedenfalls soll gegen Kuno und mich am gleichen Tage verhandelt werden, selbstverständlich nachdem das Gutachten aufgehoben ist, andernfalls brauchen wir überhaupt keine Rechtsanwälte.

Ich grüsse Euch bestens und rufe auf Wiedersehen zu. Kuno kann mir mal schreiben. Hugo.“

Auf Mitteilung an das Gericht, nachdem sich diese plötzliche Aufhellung von Bestand gezeigt hatte, dass Hugo Sch. wieder haft- und verhandlungsfähig sei, wurde er sehr zu seiner Befriedigung am 24. 12. 13 wieder in das Untersuchungsgefängnis zurückverbracht. Er schrieb dann aus der Haft noch mehrfach an die Aerzte der Klinik. Die Briefe seien hier mitgeteilt:

Brief 1.

Mein lieber Herr Dr. G.!

Bin gut angekommen und sende freundliche Grüsse. Vielleicht kommen Sie mit Freunden mich noch mal besuchen. Es eilt. Je vous serre amicale la main. Votre H. S.

Brief 2.

Hochverehrter Herr Dr. G.!

Zum Jahreswechsel möchte ich mir gestatten, Ihnen meine herzlichsten Glückwünsche darzubringen.

Ich denke noch oft an den „Feldberg“ zurück und wenn ich nicht daran denke, werde ich des Nachts um 2 Uhr von der Runde darauf aufmerksam gemacht, dass ich hier nicht auf dem Feldberg sei und die anderen Gefangenen schlafen wollten.

Immerhin kann ich nicht umhin, auszudrücken, dass es mir gut geht und die neunwöchige Kur droben viel dazu beigetragen hat, dass ich nunmehr die Welt mit anderen Augen ansehe.

Wenn es aber bis zur Schwurgerichtssitzung noch lange dauern sollte, muss ich mir unbedingt gestatten, da oben auch wieder vorzusprechen, denn ich vermisse sehr das Bett auf C 2.

Genehmigen Sie die Versicherung meiner besonderen Hochachtung ganz ergebenst H. S.

Brief 3.

Herr Professor!

30. 1. 14.

In meiner Zivilsache Südwestdeutsche sollen Sie auf Anordnung des Gerichts nochmals vernommen werden. Da Ihnen genügend bekannt sein dürfte,

dass ich nicht auf meinen Geisteszustand untersucht sein wollte, das dem Oberlandesgericht auch seinerzeit mitteilte, so möchte ich es doch nicht unterlassen, die Aussage bei meiner letzten Vernehmung dahin richtig zu stellen, dass ich sowohl in S. von dem Gefängnisarzte als wie auch in Z. Brom und Aspirin verschrieben bekommen habe, weshalb hieraus wohl der Schluss gezogen werden dürfte, dass die Angabe dem Herrn Kreisärzte gegenüber der Richtigkeit entspricht. Jedenfalls kann ich mich in meiner Strafsache, in der das letzte Wort noch nicht gesprochen ist, nicht auf meinen Geisteszustand untersuchen lassen, abgesehen davon, dass die aufgestellte Anklage überhaupt vollständig unrichtig war und an Hand dieser einem Psychiater nicht möglich sein kann, ein Gutachten über jemanden abzugeben, dass letzterer die „strafbare Handlung“ in einem Zustande der Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

Dass ich meinem Verteidiger 2 Tage vor der Hauptverhandlung erst Information gab, dürfte Beweis genug sein, dass eine strafbare Handlung nicht vorliegt und mir wenig Kopfschmerzen macht.

Genehmigen Sie die Versicherung meiner besonderen Hochachtung
ganz ergebenst H. S.

Auch bei der Hauptverhandlung betrug er sich durchaus geordnet, verteidigte sich und seinen Bruder gewandt und zeigte ein ausgezeichnetes Gedächtnis für alle Einzelheiten. Nach seiner Verurteilung trat kein Rückfall ein.

In diesem Falle war mir das gekünstelte Benehmen zwar gleich bei meinem ersten Besuche im Gefängnisse aufgefallen und war der Grund gewesen, weshalb ich die Vorbesuche zweimal wiederholte, ehe ich mich entschloss, nach § 81 St. P. O. den Antrag auf Einweisung in die Klinik zur Beobachtung zu stellen. Allein die aktenmässige Tatsache, dass es sich um einen alten Psychopathen handelte, der schon in einer Nervenheilanstalt behandelt und einmal exkulpiert worden war, mahnte zur Vorsicht. Das phantastische Krankheitsbild, das er alsdann in der Klinik bot, konnte eine Situationspsychose bei einem degenerativen Individuum vorstellen. Jedenfalls war es praktisch der sicherere Ausweg, ihn einstweilen für weder haft- noch verhandlungsfähig zu erklären und damit Zeit zu längerer Beobachtung zu gewinnen. Da trat die Möglichkeit ein, dass gegen seinen Bruder, welcher an sich die Nebenperson gewesen war, allein verhandelt würde, und das zu verhindern hatte er alles Interesse. Sofort mit einem Schlage trat die Aufhellung ein und erwies sich als beständig.

Nun könnte man trotzdem meinen, es habe eine Art von Dämmerzustand ursprünglich vorgelegen. Das unorthographische Schreiben und die Unkenntnis der einfachsten Dinge, die Unfähigkeit zu rechnen, die Verfolgungs- und Grössenideen und die Gehörs- und Gesichtstäuschungen seien echt gewesen und erst mit Ablauf des Dämmerzustandes ver-

schwunden. Indessen was dagegen spricht, ist doch wohl die Tatsache, dass Sch. sich seiner falschen Antworten wie der Frage und Aeusserungen des Arztes gut entsann, selbst darüber spottete und ihre Entstehung aus der Absicht der Täuschung erklärte. Er hatte sich, vermutlich bei seinem früheren Aufenthalte in einer Nervenheilanstalt, allerlei psychiatrische Kenntnisse erworben und diese anscheinend bewusst zu Täuschungszwecken verwertet. Er war ein schlauer und gewandter Mensch, der jahrelang grossartige Versicherungsschwindeleien betrieben hatte. Ob er bei seiner früheren Freisprechung auf Grund des § 51 auch hinzugemacht hatte, sei dahingestellt. Zweifellos war er ein sehr erregbarer Mensch, so dass etwaige Affektdelikte bei ihm doch anders zu beurteilen waren, als bei dem Gesunden. Seine Simulation wurde ihm eben durch diese krankhafte Grundlage sehr erleichtert, dem Sachverständigen dagegen die Aufgabe erschwert. Man darf daher bei diesem Psychopathen wohl auch noch besser nur von Aggravation sprechen.

Reine Simulation lag dagegen in folgendem Falle vor:

Fall 3. Jakob F., 22 Jahre alt, Krankenwärter aus Holland, wegen Bettelns vorbestraft, kam am 24. 12. 1917 nachmittags 8¹/₂ Uhr in ein Gasthaus ersten Ranges, gab sich für den „König von Frankreich“ aus und verlangte ein Zimmer. Auch einem herbeigerufenen Kriminalschutzmann gegenüber behauptete er, König von Frankreich zu sein. Näheres war über seine Person nicht festzustellen, da er auf alle Fragen nur antwortete, er sei König von Frankreich. Er ward verhaftet, vom Kreisarzte untersucht und für „gemeingefährlich geisteskrank“ erklärt, und der Anstaltspflege bedürftig.

Am 27. 12. erfolgte seine Einlieferung in die hiesige Klinik. Bei der Aufnahme zeigte er sich ruhig und geordnet, äusserte keine Wahnideen mehr. Die körperliche Untersuchung ergab in der Hauptsache folgenden Befund: Mittelgrosser Mensch von mittelkräftigem Körperbau und mittlerem Ernährungszustande. Sehlöcher sind mittelweit, gleich und verengern sich gut bei Belichtung und Einwärtssehen. Keine Lähmungen. Rachen ohne Besonderheiten. Sehnenreflexe lebhaft. Tast- und Schmerzempfindung nicht gestört. Innere Organe bieten keine Abweichung von der Regel.

Auf Befragen gab er seine Personalien bereitwillig an und erklärte weiter: „Ich habe vorige Woche, nachdem ich mich pekuniär schlecht gestanden habe, eine Depesche an meine Eltern aufgegeben, dass sie mir Geld schicken sollten, Ich war in Nürnberg in Stellung. Jetzt hatte ich aber keine Beschäftigung mehr und ging von Nürnberg nach Würzburg, dort habe ich aber auch nichts bekommen. Von dort aus ging ich nach Aschaffenburg. Um 11 Uhr 20 bin ich am Montag nach Frankfurt gefahren. Am Ostbahnhofe kam ich an mit etwa 4,50 M. Bei der Hauptpost habe ich mich dann erkundigt, ob für mich schon was eingetroffen ist, es war aber noch nichts da. Ich wollte dann zum Niederländischen Konsulate und um eine kleine Unterstützung bitten. Des Nachmittags zwischen 4 und 5 Uhr fiel mir aber ein, dass morgen Weihnachten

sei. Im ganzen hatte ich noch 3,50 M. oder 80, ich weiss es nicht mehr genau, davon konnte ich keine 3 Tage leben. Das Schlafen in der Wirtschaft kostet mindestens 80 Pfennige. Ich bin dann schliesslich darauf gekommen, mich auf Staatskosten verpflegen zu lassen. Von Beruf bin ich Krankenpfleger und Heilgehilfe. Ich konnte auf keine gescheitere Idee kommen, als Grössenwahn vorzuspielen, um in der Irrenanstalt verpflegt zu werden. Hierauf begab ich mich in den H. Hof, um ein paar Zimmer zu mieten. Es war aber nichts frei. Ich fragte dann den Ober, ob er wisse, wer ich bin. Er meinte dann, woher soll ich das wissen? Ich sagte dann: Ich bin der König von Frankreich! Da war er sofort ganz anders: Geruhen Ew. Majestät, Platz zu nehmen, und bot mir einen Sessel an. In welcher Etage geruhen Ew. Majestät zu wohnen? Er entfernte sich dann, um mit dem Direktor zu sprechen, telephonierte aber der Polizei. Als er wiederkam, sprach ich etwas französisch. Wie er aber dann auch anfang, französisch zu sprechen, musste ich simulieren. Inzwischen kam ein Kriminalschutzmann und ersuchte mich, mich zu legitimieren. Ich durfte mich aber nicht verblüffen lassen und musste dann mit zur Polizei. Nun dachte ich, meinen Zweck erreicht zu haben und in die Irrenanstalt zu kommen. Man behielt mich aber 3 Tage dort, die Transportgelegenheit sei zu schlecht. Anstatt nun gut verpflegt zu werden, musste ich über die Feiertage dort bleiben. Die Herren Aufseher wagten sich auch nicht in meine Zelle. Wenn sie mir etwas zu essen brachten: Ew. Majestät geruhen zu essen! Als ich hierher gefahren wurde, fragte ich meinen Begleiter, wann ich in mein Palais komme. Selbstverständlich wusste ich, dass ich jetzt in die Irrenanstalt komme. Gestern morgen, als ich im Automobil hergefahren wurde, fragte mich der Kriminalschutzmann, ob ich denn wirklich verrückt wäre. Ich sagte: Wir sind ja unter uns. Er sagte, ich sollte ihm ruhig alles anvertrauen, es liege ja weiter nichts gegen mich vor, und ich habe es ihm dann erzählt. Er sagte mir noch, ich solle aber nichts weiter erzählen, sonst könnte ich noch wegen groben Unfugs bestraft werden. Herr Dr., ich habe gehört, im Städtischen Krankenhause wären Stellen als Pfleger frei; vielleicht könnte ich auch wieder nach Mannheim in meine alte Stelle“.

(Warum dort fort?) „Ich habe dort zu wenig verdient. Mein Gepäck habe ich auch noch auf der Bahn liegen, das kostet auch jeden Tag was. Ich habe noch eine Eilkarte aufgegeben: hoffentlich ist das Geld inzwischen eingetroffen, wenn nicht, bekomme ich so ungefähr 30 M. vom Konsulat. Es war mir ja nur darum zu tun, die Weihnachten angenehm zu verbringen. Das Konsulat war aber geschlossen, sonst wäre es ja besser, wenn ich den Streich nicht gemacht hätte. Wenn man aber Hunger hat, dann kommt man eben auf solche Gedanken. Voriges Jahr war ich ja auch hier im Hause als Pfleger, ich dachte, es ist hier besser, als garnichts. Von den paar Mark hat man mir auch noch 2 M. abgezogen wegen Verpflegung“.

(Warum hier fort?) „Eben aus demselben Grunde.“

(Wielange hier gewesen?) „Etwa 3 Wochen, das Gehalt war ja ziemlich gut. Von hier ging ich nach Wiesbaden. Dort bin ich mit Herrn Dr. F. bekannt geworden. Er war dort im Operationssaal. Ueber meine Führung

können Sie sich bei Herrn Dr. F. erkundigen. Von dort ging ich nach Mannheim“.

(Warum soviel gewechselt?) „Ich habe gute und schlechte Stellungen gehabt. In Nürnberg war ich ungefähr 5 Wochen im St. Krankenhause, habe dort etwa 104 M. verdient. Ich war aber nur Ausbildungspfleger“.

(Warum nicht in Holland geblieben?) „Am 5. 10. 1915 bin ich von Holland fort, ich habe ja auch ganz gute Stellungen bekommen. Ich wollte mal in einen lebhafteren Betrieb, mich mal in einem kriegführenden Grossstaat umsehen. Etwas Abenteuerlichkeit kann ja auch wohl mit in Betracht kommen“.

(Wenn wir Sie nicht fortlassen?) „Wenn Herr Dr. meinen Geisteszustand prüfen würden.“

(Schon in Anstalt gewesen?) „Nein, noch nie.“

(Wenn ich Sie als krank befinde?) „Dann muss ich mich Ihrer Entscheidung unterwerfen.“

(Wenn wir Sie 1 Jahr festhalten?) „Ich habe schon Strafe genug gehabt“.

(Wo zur Schule gewesen?) „In Amsterdam. Ich habe bis zum 14. Jahre die Elementarschule besucht, dann Unterricht in englischer und französischer Sprache genommen“.

Untersuchung ergibt keine Zeichen von Schwachsinn oder sonstige Auffälligkeiten. Krämpfe will er nie gehabt haben. War auch als Pfleger in seinen Leistungen ordentlich gewesen. Pumpt Bekannte um Geld und Zigaretten an, schreibt geordnete Briefe. 2. 1. 1918 entlassen.

Die Beurteilung gelingt in diesem Falle, wo keine eigentliche Straftat vorlag, sondern lediglich die augenblickliche Notlage den Wunsch zur Simulation hatte emporschiessen lassen, sehr viel einfacher als sonst. Das Geständnis des Mannes kann ohne Weiteres als vollgültig betrachtet werden, zumal die Persönlichkeit selbst uns von ihrer früheren Krankenpflөгertätigkeit her bekannt war. Immerhin war der gewählte Ausweg aus der Geldverlegenheit etwas ungewöhnlich und eben auch auf einer gewissen psychopathischen Grundlage erwachsen. Der frühere Beruf, die Kenntnis psychotischer Zustände traten veranlassend hinzu. Dennoch überrascht die Leichtigkeit, mit der F. seinen Wunsch, geisteskrank zu erscheinen, verwirklichen konnte, und macht es uns begreiflich, wieso immer wieder von Kriminellen zu diesem bequemen Auskunftsmittel gegriffen zu werden pflegt. Vermutlich dürften solche bewusste Vortäuschungs- und Uebertreibungsversuche in den Gefängnissen sehr viel häufiger unternommen werden, als viele psychiatrische Autoren wahr haben wollen.

Eine weitere Beobachtung, in welcher das Eingeständnis bewusster Vortäuschung von Irrsinn und zwar von einer katatonischen Geistesstörung vorlag, sei hier angeschlossen. Auch hier handelte es sich um einen von Haus aus psychopathischen Menschen.

Fall 4. Am 4. 4. 1917 wurde der Schriftsteller Wilhelm B. wegen chronischer Geisteskrankheit aus der Schweiz nach Deutschland ausgetauscht und mit dem Lazarettzug nach der hiesigen Klinik verbracht. Die Diagnose lautete auf Schizophrenie. Er benahm sich aber durchaus geordnet und verständlich und machte folgende Angaben:

„Ich betrachte mich auf der Reise von Amerika nach Deutschland: ich komme direkt aus C. Aber Sie nehmen Anamnese auf, ich werde mich jetzt genau präzisieren, sonst wird mir hinterher ein Strick daraus gedreht.“

(Wie alt?) „31 Jahre.“

(Beruf?) „Tagesschriftsteller und Dramaturg, man darf wohl nicht mehr Journalist sagen. Ich leide nicht an Verfolgungswahnsinn, aber bitte schreiben Sie auch Ihre Zwischenfragen auf.“

(Wo Dramaturg?) „Ich war Regieschüler bei M. 1908/09.“

(Dann wohin?) „Nach Berlin, studiert 1909/12 bei Erich Schmidt.“

(Dann?) „War ich in B. am Stadttheater Dramaturg.“

(Von B.?) „Dann kommt die dunkle Periode, ich war in Berlin einige Tage, habe sehr viel Geld durchgebracht, kam nach B. in die Anstalt . . . Ich war ca. $\frac{1}{2}$ Jahr in der Anstalt, wurde auf Antrag meiner Verwandten wegen Geistesschwäche entmündigt, setzte meine Entlassung durch, ging dann nach Amerika, wo es mir gut ging, ich war zuletzt Mitdirektor zweier Theater. Als der Krieg ausbrach, fuhr ich auf holländischem Dampfer nach Hause, wurde im Kanal von den Franzosen erwischt, kam nach Ile longue, wo ich bis Ende April 16 blieb. Ich wurde gut behandelt, weil ich gleich einen nervösen Zusammenbruch installierte. Dann wurde ich mit der Diagnose trouble nerveux nach der Schweiz geschickt. Ich wollte nur nach Deutschland, um ins Heer eintreten zu können.“

(Wie war es in der Schweiz?) „Gut in jeder Beziehung, aber ich empfand es als ein Unrecht, es mir gut gehen zu lassen, ohne etwas getan zu haben. Ich dachte nun unter Benützung meiner subjektiven Erfahrung in der Psychiatrie, als Geisteskranker ausgetauscht zu werden. Zuerst ging ich mit einem Strick in den Wald 3 Tage lang. Da mich aber niemand fand, der mein Elend sah, ging ich zur Polizei und machte katatonische Bewegungen, sagte immer „43“, sagte auf Tage sonst irres Zeug bei klarem Bewusstsein, kam darauf ins Krankenhaus, kam dann nach A., wo ich von Moissi Unterricht haben wollte, er hatte aber keine Zeit, dann machte ich einen 2. Versuch, ich nahm 0,2 Morphinum per os — ich hatte als Student eine Periode gehabt, wo ich Opium rauchte, ass und trank — hatte aber zuvor dafür gesorgt, dass der Arzt zeitig genug benachrichtigt wurde: der Arzt wollte mich nicht mehr daraufhin behalten. Darauf kam ich nach C., von dort sollte ich nach 8 Tagen wieder entlassen werden. Ich wollte ausgetauscht werden, aber der Arzt hielt es für aussichtslos, ich schrieb daher meine Krankengeschichte. Ich nahm mir den Flaubert vor, schrieb daraus einen Bericht zusammen: „Der Blick ins Leere“. Nahm auch aus Hebbel's Tagebüchern die Depressionsideen heraus, wo er die Berechtigung der Selbstmörder vertritt, nannte das „Tafeln am Wege“; das genügte zum Austausch-

antrag, der innerhalb 4 Wochen genehmigt wurde. Ich hatte vom 6. Tage an freien Ausgang.“

(Was für Geld in Berlin durchgebracht?) „Ich hatte meiner Mutter 2000 M. aus dem Schreibtisch genommen.“

(Vater?) „Starb an Lungentuberkulose mit 63 Jahren, war Tierarzt.“

(Mutter?) „Sie wurde oft operiert, ich vermute, dass sie Karzinom hat.“

(Geschwister?) „Ein Bruder tot, es steht nicht fest, ob er Suizid verübt hat oder nicht. Eine Schwester lebt in B., ist verheiratet. Ein Bruder hat Knochentuberkulose, ein Bruder ist lungenleidend, ein Bruder ist gesund.“

(Geisteskrankheiten?) „Sind nicht in der Familie bekannt.“

(Auf der Schule?) „Ich hatte Abiturium sehr gut gemacht mit 20 Jahren, war einmal zurückgeblieben, damals hatte mein bester Freund Suizid verübt.“

(Auf der Schule Konflikte?) „Nein.“

(Infiziert?) „Gonorrhoe 1909.“

(Potus?) „Wenig.“

(Bestraft?) „Nein.“

Auf der Abteilung unauffällig, verträglich, erzählt, man habe ihn in Frankreich und der Schweiz für einen unheilbaren Geisteskranken gehalten; deshalb sei er ausgeliefert worden. Versichert, nicht krank zu sein; er habe nur verstanden, jenen Aerzten das vorzumachen. Appetit und Schlaf gut. Keinerlei nervöse Beschwerden. Die körperliche Untersuchung ergibt keine Abweichungen von der Regel.

Aus dem Krankenblatte der Kriegsinternierung zu X. ging hervor, dass B. nach seiner Festnahme nervösen Zusammenbruch mit Weinkrämpfen gehabt habe und von jeder Arbeit wegen seiner Krankheitserscheinungen frei gewesen war. In der Schweiz bot er körperlich Lidzittern, Zungenzittern, erhöhte Reflexe. Er habe von Anfang an den Eindruck eines Querulanten gemacht. Stets exzentrisch, aufbrausend. Am 2. 1. 17 habe er sich aus einer Gesellschaft entfernt, nachdem er sich schon einige Tage auffallend deprimiert gezeigt hätte, und habe ein 20 com Fläschchen mit 1 proz. Morphinlösung getrunken. Beim Erscheinen des Arztes lag er ruhig auf dem Bette, zeigte etwas verlangsamten Puls, verengte Pupillen; verschiedene Brechmittel wirkten, darauf Magenspülung, der sich B. ruhig unterzog. Nachher zeigte er guten Puls, ganz leichte Benommenheit, fühlte sich anderen Tages wohl. Er erklärte, seinen Suizidversuch aus philosophischen Gründen unternommen zu haben. Unterwarf sich willig der Ueberführung in eine Anstalt.

Hier wurde die Diagnose auf Schizophrenie gestellt. B. sei ein haltloser, selbstgefälliger Mensch mit Neigung zu Schwindeleien. Ohne Grund nenne er sich „von“. Er sei früher wegen Psychopathie entmündigt worden, nachdem er mit 2000 M. der Mutter nach Berlin durchgebrannt war. Wiederholt habe er Selbstmordversuche gemacht, die misslangen oder vereitelt wurden; es sei ihm wohl nicht immer ernst damit gewesen. Zwar betrage er sich jetzt ruhig und gefügig, doch habe er jedes Selbstvertrauen (?) eingebüsst und bedürfe dauernd der Aufsicht und Fürsorge. Er sei als unheilbar anzusehen.

Dass diese Auffassung des Falles jedenfalls nicht stimmte und dass es dem B. geglückt war, seiner Absicht gemäss kataton oder schizophran zu erscheinen, dürfte demnach nicht zweifelhaft sein. Seine seelische Veränderung in der Schweiz war wohl eine der Situation entsprungene gewesen, aber bewusst entsprungene. B. war planvoll darauf ausgegangen, sich durch den Anschein einer schweren Geistesstörung der ihm unangenehmen Situation zu entziehen. Sollten unter den zahlreichen Schwindel- und Betrugsverbrechern, die in unseren Gefängnissen sitzen, wirklich zu ähnlich planvollem Handeln nur so wenige imstande sein, wie das unsere Lehrbücher darzustellen belieben?

Gewiss war auch B. eine von Haus aus krankhaft veranlagte Persönlichkeit, ein ausgesprochener Psychopath. Man kann noch weiter gehen und fragen, ob er nicht vielleicht zunächst nach seiner Gefangennahme wirklich einen Nervenzusammenbruch erlitten hat. Indessen sein Benehmen in der Schweiz ist doch höchstwahrscheinlich schon von vornherein nicht mehr echt gewesen. Das dortige Krankenblatt bestätigt seine eigenen Angaben zum grossen Teil, und wenn man auch einiges abstreicht von dem, was er in etwas prablerischer Weise hinterher behauptet hat, so bleibt immer noch genug, um eine bewusste Uebertreibung nicht nur, sondern auch eine direkte Vortäuschung glaubhaft zu machen.

Lehrreich ist, wie hier und im vorhergehenden Falle persönliche Erlebnisse in der Irrenanstalt als Muster für die Simulationsversuche dienen. Etwas ungewöhnlich ist bei B. der Plan, gerade eine katatonische Psychose vorzutäuschen. Mir scheint indessen der Gedanke gar nicht schlecht, da eben die Unterscheidung markierter und echter Schizophrenie sich bei dem unendlichen Formenreichtum schizophrener Krankheitsbilder besonders schwierig gestalten könnte. In der Regel ist allerdings diese Geisteskrankheit zu wenig bekannt, um zielbewusst zum Vorbild gewählt zu werden. Höchstens kommen Stuporen und Fxensyndrome vorübergehend zustande, und wir haben dann zu unterscheiden zwischen Katatonie, Hysterie, Simulation.

Im allgemeinen sind alle erworbenen Psychosen schwerer vorzutäuschen als angeborene Schwachsinnzustände. Namentlich die Uebertreibung tatsächlicher leichter geistiger Schwäche bis zum Bilde hochgradiger Imbezillität erfreut sich da grosser Beliebtheit. Unter den zur Beobachtung ihres Geisteszustandes in die Lazarette eingewiesenen Militärpersonen ist mir mehr als ein Soldat begegnet, der seine Beschränktheit in geschickter Weise zu vergrößern wusste und daher als schwachsinnig betrachtet worden war. Ohne zuverlässige Vorgeschichte ist es misslich, an die Entlarvung solcher Fälle heranzugehen. Aber

an der Hand genügender Auskünfte über früheres Verhalten und Können gelingt es in der Regel leicht, den Betreffenden zur Aufgabe seiner nun nutzlos gewordenen Uebertreibung zu bewegen. Ein einschlägiger Fall sei wegen der praktischen Wichtigkeit kurz mitgeteilt, wensschon die wissenschaftliche Ausbeute derartiger Beobachtungen für unser Thema gering bleibt:

Fall 5. Georg P., 22 Jahre alt, Soldat, macht bei der Aufnahme einen „dementen“ Eindruck, wie es im Krankenblatte heisst. Er benimmt sich tölpelhaft, gibt törichte Antworten, will keinen Beruf haben, zu Hause bei den Eltern gelebt haben. In eine Schule sei er nie gegangen. Er sei von den Eltern ernährt worden und habe „gar nichts“ gemacht. Auch beim Militär habe er noch so gut wie keinen Dienst getan, weil man ihn zu nichts habe brauchen können. Zuletzt ist er wegen Kopfschmerzen und Einnässen dauernd in Lazaretten gewesen. Das Einnässen habe er von Jugend auf.

9. 9. (Tag heute?) „Weiss ich nicht“.

(Monat?) „Februar“.

(Monate aufsagen?) Lässt Juli und September aus.

(3 × 2) „Das weiss ich nicht“.

(2 × 2) „Das weiss ich auch nicht“.

Liest die Uhr falsch ab, bezeichnet dagegen Gegenstände richtig. Farben nennt er falsch: (Rot) „Gelb“.

(Blau) „Schwarz“. (Grün) „Rot“, Weiss richtig.

Nachdem Erkundigungen ergeben hatten, dass er die Schule bis zur 2. Klasse besucht und früher nicht eingenässt hatte, wurden ihm seine Schwindeleien energisch vorgehalten, worauf er sofort sein Verhalten änderte.

30. 9. (Beruf?) „Bergmann. Als ich aus der Schule kam, bin ich in die Grube gegangen“.

(Wann?) „Mit 15 Jahren. Ich bin auch in die Fortbildungsschule gegangen.“

(Wie lange in Grube gearbeitet?) „Zuerst ein Jahr und dann bin ich in die Hütte gekommen“.

(Was verdient?) „In der Hütte habe ich im Tag 2 M. gehabt“.

(Einnässen?) „Ich bin einmal auf Urlaub gewesen und da habe ich Blasenleiden gehabt“.

(Als Kind Einnässen?) „Nein“.

(Warum gesagt?) „Ich habe im Lazarett neben einem Mann gelegen, der hat gesagt, ich sollte so sagen“.

Farben werden jetzt richtig bezeichnet.

(Warum die Farben früher falsch?) „Oben ist so ein Soldat, so ein Blonder, der hat gesagt, ich sollte alles falsch sagen, sonst käme ich doch nicht los vom Militär, er hätte es auch so gemacht“.

Die Intelligenzprüfung ergibt jetzt im Einklang mit Anamnese und gesamtem Eindruck, dass es sich um einen minderwertigen und schwach begabten Menschen handelt. Von einer Anzeige der Aggravation wird daher Abstand genommen.

Die Erwähnung dieses an sich sonst wenig bemerkenswerten Falles geschah in diesem Zusammenhange besonders, um auf die Schwierigkeit der Beurteilung von angeborenem Schwachsinn ohne zuverlässige Anamnese erneut hinzuweisen.

Wir kommen darauf weiter unten nochmals ausführlicher zurück.

Allein nicht nur tatsächlich leicht schwachsinnige Menschen, sondern auch intellektuell gut begabte Psychopathen bringen es mitunter zu einer staunenswerten Gewandtheit in der Vortäuschung von hochgradigem Schwachsinn, so dass sie selbst Fachpsychiater wiederholt hinters Licht zu führen vermögen. Ein höchst interessantes derartiges Beispiel, in welchem noch neben der Simulation von Demenz die Nachahmung epileptischer Anfälle eine wesentliche Rolle spielte, möchte ich hier ausführlicher wiedergeben wegen der weitgehenden praktischen wie theoretischen Bedeutung, welche derartigen Beobachtungen zukommt. Der Fall stammt noch, wie der erste, aus der Kieler Klinik.

Fall 6. Therese W., geboren 10. Dezember 1867, hatte eine lange Strafliste mit Verurteilungen wegen Diebstahl, Hausfriedensbruch und Misshandlung 1885, von Betrug 1886, von Betrug, Unterschlagung und Körperverletzung 1888, von Betrug und Unterschlagung 1889. Meist handelte es sich nur um kurzfristige Strafen. Die letzte und längste betrug 6 Monate.

1891 wurde sie wieder wegen wiederholter Hehlerei verurteilt. Dieses Mal machte sie die Strafe nicht ab, sondern verfiel nach der Verurteilung in so heftige Krämpfe, dass sie ins Krankenhaus geschafft wurde. Angeblich dauerten die Anfälle 5 Tage ständig an. Es wurde bei ihr Epilepsie von den Ärzten angenommen.

Nach Aussage ihres Mannes sollten ihre Mutter und drei Schwestern an Krämpfen gelitten haben. Sie selbst sei zuerst im 16. Jahre an Krämpfen erkrankt. Seitdem habe sie geistig nachgelassen. Ein Physikatsgutachten nahm Unzurechnungsfähigkeit wegen epileptischer Verblödung an.

Ueber die Entstehung der Krämpfe selbst hatte sie angegeben, dass sie mit 16 Jahren als Kindermädchen durch ein Nebenmädchen mit Strychnin vergiftet worden sei. Zwei gleichfalls vergiftete Kinder seien gestorben. Sie selbst sei nur sehr krank gewesen und habe seither die Krämpfe zurückbehalten.

In einem späteren Gutachten findet sich über diesen Vorgang folgender Vermerk: „Seit 11 Jahren leidet die W. an epileptischen Krämpfen. Zum ersten Male sollen dieselben sich einige Tage nachdem rätselhaften Tode der beiden Kinder A., deren Kindermädchen sie war, eingestellt haben, und wurde sie damals, da diese Krämpfe als Symptome einer durch Selbstmordversuch herbeigeführten Vergiftung aufgefasst wurden, und sie in den Verdacht geriet, auch die beiden Kinder vergiftet zu haben, im Kurhause längere Zeit beobachtet. Die Untersuchung wegen Giftmordes wurde niedergeschlagen und die W. entlassen, doch finden sich in der Akte manche Anhaltspunkte dafür, dass sie schon damals

merkwürdige Charakterzüge, intellektuelle Lücken bot. Mehrfach wird erwähnt, dass sie nachts „allerlei schreckliche Dinge sieht“ und „weisse Männer vor ihrem Bette tanzen“. An einer Stelle wird sie als Kindermädchen entlassen, da sie „abergläubige Vorstellungen hat“, an einer anderen, weil sie „unehrlich und naschhaft“ ist. Bei ihrer Vernehmung im Kurhause durch Herr Oberstaatsanwalt B. fiel die grosse Ruhe auf, mit der sie alle Fragen, oft lächelnd beantwortete, und auffallend erschien es besonders, dass sie auf die eindringlichsten und im gütigen Tone an sie gerichteten Ermahnungen zur Wahrheit sowie bei dem Vorhalt, ob einem so jungen Mädchen, wie sie sei (16 Jahre), die vielen und plötzlichen Todesfälle, bei denen sie zugegen gewesen sei — es starben zusammen 4 Kinder plötzlich in 3 Familien, wo sie als Kindermädchen diente — nicht zu Herzen gegangen sei, völlig teilnahmslos blieb und stereotyp bemerkte, sie „sei sehr kinderlieb“.

Hierin glaubte der Gutachter die ersten Spuren des in der Folge stets zunehmenden Schwachsinn zu erkennen. Zwei Jahre später erklärte der Physikus, dass infolge epileptischer Krämpfe eine gewisse Schwäche der Intelligenz bestehe.

Unter dem 30. 12. 1892 meldete der Polizeibericht, die W. habe vor der Kellerwohnung ihres Vaters, wo sie mit ihrem Ehemanne zum Besuche weilte, durch Schreien und Toben einen Auflauf verursacht. Auf Befragen habe sie erklärt, von ihrem Manne misshandelt worden zu sein. Dieser aber, seine Schwiegereltern und Schwägerin stellten das in Abrede. Die W. sei ein jähzorniges, leicht erregbares Weib. Sie habe mit ihrem Manne Streit angefangen und sei auf ihn eingedrungen. Als sich dann Eltern und Schwester ins Mittel legten, sei sie im Aerger auf die Strasse gelaufen und habe dort weiter gelärmt. Erst als ihr polizeilich mit Festnahme gedroht wurde, beruhigte sie sich. Im gleichen Jahre soll sie bei einem Termine vor dem Landgericht von Krämpfen befallen worden sein, so dass sie fortgeschafft werden musste.

1893 ward die W. wegen Ladendiebstahls und wegen Beleidigung angeklagt, aber auf das Gutachten des Physikus Dr. W. vom 7. 6. 1893 wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen. Sie leide an Krämpfen und zeige in der Unterhaltung „kindliche Ausdrucksweise“. Der Gutachter nahm „epileptische Demenz“ an. Die W. sei völlig verblödet und nicht verhandlungsfähig.

In dem Gutachten ist von moralischen und intellektuellen Lücken vor Eintritt der Krämpfe die Rede. Nachts habe sie oft schreckliche Dinge gesehen, z. B. weisse Männer, die vor ihrem Bette tanzten. Sie habe nach ihrer Verheiratung eine luetische Infektion durchgemacht und mehrfach abortiert. Krämpfe und Aufregungszustände zeigten sich besonders während der Schwangerschaften. Dann sei sie wie kindisch und von Sinnen, mache die wahnsinnigsten Einkäufe, verschwende Hauseinrichtungsgegenstände, versetze Hausrat und Kleider, sei masslos reizbar und gewalttätig, klage unausgesetzt über Kopfschmerz. Diese Angaben stammten vom Manne. Bei der Untersuchung fiel namentlich die Lückenhaftigkeit des Gedächtnisses auf; alle möglichen Ereignisse sollten „gestern“ gewesen sein. Nach Aussage des Mannes sollte sie auch für ihr Tun in der Erregung und in den Krämpfen keine Erinnerung besitzen.

Hinsichtlich der Untersuchung wegen Giftmordes ist noch nachzutragen, dass sie wegen mangelnder Beweise eingestellt worden ist. Bei der Beobachtung der W. im Kurhause war erst Morphinumvergiftung angenommen worden; schliesslich wurde die Diagnose auf „Hysterie“ gestellt. Die Anfälle scheinbarer Bewusstlosigkeit erschienen „gemacht“.

Aus obigem Psysikatsgutachten seien nun folgende Sätze wörtlich angeführt: „Die Gesichtszüge sind grob sinnlich, der Ausdruck stumpf, blöde, der Blick starr. Sie klagt über Kopfweh, hält sich sonst für ganz gesund. An sie gerichtete Fragen beantwortet sie oft dem Sinne nicht entsprechend und erst auf wiederholtes Eindringen, weitschweifig und flüchtig. Bestimmte Wendungen kehren immer wieder, z. B. „ja, unordentlich bin ich nicht“; auch braucht sie fortwährend Diminutive „Kleinchen, Kindchen, Schuhchen“ usw. Ihr Gedächtnis ist ausserordentlich lückenhaft, sie meint, alle möglichen Ereignisse seien „gestern“ gewesen. An frühere, nur aus den Akten bekannte Dinge aus ihrem Leben erinnert sie sich gar nicht, auf die Namen der ihrer Wohnung nahe liegenden Strassen kann sie sich nicht besinnen, sämtliche Angaben über ihr Hausstandsgeld und sonstige Angaben waren, wie sich später bei einer Unterhaltung mit ihrem Maune herausstellte, völlig falsch. Als Probe ihrer allgemeinen Gefühls- und Verstandesäusserungen erlaube ich mir einige Bruchstücke unserer Unterhaltung, die ich sofort niederschrieb, einzufügen:

(Haben Sie überhaupt schon einmal gestohlen?) „Wenn man Sachen so nehmen kann, dann stehle ich, und wenn die Leute nachher kommen, sage ich, es ist nicht wahr. Sehen Sie mal das Schuhchen, das habe ich auch gestohlen, auf dem Hopfenmarkt, nun müsste ich nur noch das andere haben, das konnte ich aber nicht kriegen, es ist zu gross für das Kindchen, aber es wächst hinein, dann lasse ich noch ein Schuhchen dazu machen, dann hat das Kindchen 2 Schuhchen. Aber meinem Mann dürfen Sie es nicht sagen, der schlägt mich sonst.“

(Ins Gefängnis, wenn Sie stehlen?) „Ja, dann komme ich ins Loch.“

(Ihnen das einerlei?) „Ja, dann schlägt mein Mann mich nicht, aber das Kind soll mit. Ich ziehe es selbst aus, mache ihm neue Kleider. Nein, unordentlich bin ich nicht.“

Auch einzelne Wahnideen sind nun erkennbar, so glaubt sie, dass die Leute sie auf der Strasse alle ansähen und sie für verrückt hielten, dass ihr Mann es mit ihren Schwestern hält: „Aber sie dürfen ihn nicht anlachen und nicht mit ihm sprechen, sonst schlage ich sie!“ Mit dem Schlagen ist sie überhaupt gleich bei der Hand. Ueber ihre Mutter, die Angeklagte K. befragt, äussert sie lebhaft: „Ja, die stiehlt alles, sie stiehlt immer, die stiehlt mir Kaffee und Zucker und 10 Mark hat sie mir auch gestohlen.“ Ihre Ausdrucksweise ist durchaus kindlich. Jeder Satz fängt mit „Und da“ an, und wenn sie zu Ende gesprochen hat, klatscht sie fröhlich in die Hände, um dann gleich wieder ernst zu werden und von ganz etwas anderem weiter zu reden.

Fasse ich alle Beobachtungen zusammen, so glaube ich mich berechtigt, zu sagen, dass die vielfachen Konflikte, in welche die W. mit dem Strafgesetz

geraten ist, ihre stets wiederholten Diebstähle, Betrügereien und Hehlereien, mehr oder weniger durch die Entartung und durch die Defekte ihrer ethischen Gefühle bedingt waren; wie ihre vielfachen Brutalitäten, die ihr die Anklagen wegen Körperverletzung zuzogen, mit ihrer krankhaften Gemütsreizbarkeit zusammenhängen. Weiter ergibt sich aber, dass die W. jetzt nicht mehr, wie früher, nur periodische, mit den epileptischen Krämpfen im Zusammenhang stehende Beeinträchtigungen ihrer Geistestätigkeit zeigt, sondern vielmehr eine dauernde Veränderung ihres gesamten Geisteslebens bietet, deren Grundzug eine auf dieser epileptischen Basis entstandene Verblödung ist. Sie zeigt eine so erhebliche Abnahme ihrer allgemeinen seelischen Leistungsfähigkeit, gekennzeichnet durch ihre krankhafte Gemütsreizbarkeit, welche für den Schwachsinn auf epileptischer Grundlage besonders charakteristisch ist, und durch hochgradige Gedächtnis- und Urteilsschwäche, dass nicht anzunehmen ist, sie wäre imstande, sittlich verwerfliche und gesetzlich strafbare Handlungen zu unterscheiden und sich so zu beherrschen, dass sie ihre Gemütsregungen, ihre Triebe und Leidenschaften der Einsicht über Recht und Unrecht, Strafbares und Erlaubtes unterordnen könne.“

Auch in den folgenden Jahren 1896, 1901, 02, 03, 04, 05 ist die W. regelmässig auf Gutachten desselben Sachverständigen hin exkulpiert worden im Verfahren wegen Betrugs, Kurpfuscherei, Abtreibung, Diebstahls, Kuppelei; Unterschlagung, Kuppelei, Betrugs und Diebstahls; Ladendiebstahls und Verhinderung der eigenen Tochter.

Am 4. 5. 1896 wurde sie wegen Betrugs verhaftet und auf Grund des Physikatsattestes „epileptische Seelenstörung“ der Irrenanstalt F. zugeführt. Sie hatte unter falschem Namen Waren im Werte von 571 M. erschwindelt. Bei ihrer Verhaftung verfiel sie in Tobsucht, bald darauf in Krämpfe. Bei der Aufnahme in die Anstalt war sie ruhig und geordnet. Es heisst darüber in den Krankenakten: „Das Benehmen der Kranken ist nach keiner Richtung hin ein auffälliges. Sehr gross, gut genährt, blasses Aussehen. Will früher viel an Kopfschmerzen gelitten haben. Der Vater starb an Blutvergiftung. Eine 19jährige Schwester und der Vater litten an Krämpfen, sonst noch 14 Geschwister, von denen 5 am Leben sind. Schädel spitz zulaufend. Ohrmuschel wohl gebildet. Pupillen sehr weit, beiderseits Konjunktivitis. Leichte Fazialisparese links. Starker Zungentremor, die Zunge weicht nach links ab. Am linken Zungenrande Narbe (luetisch?), Herztöne rein. P.-Sehnenreflexe vorhanden. 1 lebendes Kind. 9 Tot- und Fehlgeburten, 3 mal Umschlag. Will nicht geschlechtskrank gewesen sein.

30. 6. Hatte gestern einen schweren epileptischen Anfall mit einleitendem Schrei, heftigen allgemeinen Zuckungen, nach dem Anfall etwa $\frac{1}{2}$ Stunde schlafsuchtig.

10. 6. Hatte mehrfach Anfälle.

20. 6. Beschäftigt sich sehr fleissig, manchmal gerät sie ohne merklichen Grund in Tränen.

30. 6. In den letzten Tagen wurde nur ein Anfall konstatiert.

26. 7. Hielt sich seitdem ruhig und geordnet. Wird auf Wunsch des Mannes unter Zustimmung der Polizeibehörde beurlaubt.

2. 11. Wird gebessert entlassen.

Davon, dass ein Arzt die angeblichen Anfälle gesehen hätte, ist nichts vermerkt. Die „Verblödung“ scheint nicht hervorgetreten zu sein.

Am 25. 1. 01 erfolgte wieder Verhaftung wegen Betrugs, Kurpfuscherei, Verdachts auf Abtreibung. Der Physikus bescheinigte, er habe die W. bereits wiederholt begutachtet. Sie sei völlig verwirrt und könne nicht verantwortlich gemacht werden. Aus der Anstalt, in die sie nun die Polizei verbrachte, entwich sie alsbald am 26. 3. und wurde vom Manne verborgen gehalten. In einem Schreiben des letzteren, der übrigens selbst eine lange Strafliste hat, heisst es, seine Frau leide infolge von Vergiftung und Magenauspumpung an Krämpfen seit dem 18. Jahre. Sie sei seither nie mehr gesund gewesen, lasse sich von anderen ausnutzen. An sich sei sie gutartig, werde nur gereizt böse. Bei den Krämpfen bekomme sie eine Biegung des Körpers nach hinten, dann allgemeine Zuckungen. Manchmal sei sie auch hingestürzt, hatte Schaum vor dem Munde. Bei Befragen wollte er auch wissen, sie habe sich in den Anfällen schwer verletzt.

Aus der damaligen Krankengeschichte der Irrenanstalt geht hervor, dass die W. bei ihrer Aufnahme einen gedrückten Eindruck machte. Sie folgte ruhig und willig auf die Abteilung, erzählte, sie sei im 4. Monate schwanger. Kurz vor ihrer Verheiratung habe sie einen plötzlichen Schreck gehabt, seither leide sie an Krämpfen. Sie wisse von diesen nur durch Hörensagen, nachher sei sie gewöhnlich verwirrt, habe, wie sie von ihrem Manne wisse, oft unsinniges Zeug gemacht, z. B. Sachen zum Fenster hinausgeworfen, überflüssige Einkäufe gemacht. Ihre Straftat stellte sie in Abrede. Das sei nur Verleumdung; die Menschen gönnten ihr nicht, dass sie mit ihrem Manne so glücklich lebe.

Nach den Akten hat die W. längere Zeit mit Wissen ihres Ehemannes mit 2 anderen Männern geschlechtlichen Verkehr gehabt und hat von dem einen dieser Liebhaber nach und nach gegen 1000 M. zur Verwahrung erhalten, die sie veruntreut hat. Sie hat dabei, wenigstens eine Zeit lang, sich als Schwägerin ihres Mannes ausgegeben. Sie soll bei sich Fruchtabtreibung herbeigeführt haben. Sie hat sich anscheinend gewerbsmässig mit Kartenlegen und Kurpfuscherei (Sympathiekuren, Abgabe von Medikamenten zu teilweise recht hohen Preisen) beschäftigt und ihre Klienten beschwindelt. Im Gefängnis erschien sie zeitweise hochgradig erregt und verwirrt.

Unter dem 18. 2. 01. ist eingetragen: „Frau W. klagt über etwas unregelmässigen Stuhlgang, schläft mit Unterbrechungen, leidet manchmal an Kopfschmerzen, im übrigen fühlt sie sich wohl.“ „Gesichtsausdruck recht dement. Pat. will sich an alle in den Akten erwähnten Delikte nicht erinnern können. Sie zeigt sehr wenig Interesse für ihre Umgebung. Intelligenz erscheint beträchtlich herabgesetzt, Kenntnisse aus Geschichte, Geographie und Religion sehr spärlich, Kopfrechnen geht langsam und unsicher, meist mit Zuhilfenahme der Finger und auch bei den einfachsten Rechenaufgaben kommen Fehler vor. Krankhafte Affekte, Sinnestäuschungen oder Wahnideen sind nicht

festzustellen. — Die W. ist einige Stunden am Tage ausser Bett, hatte dabei vorgestern einen kurzdauernden Ohnmachtsanfall (epileptisch?).

21. 2. Ist jetzt den ganzen Tag ausser Bett, benimmt sich ruhig und ordentlich, beschäftigt sich mit Lesen, fühlt sich ziemlich wohl, klagt über ihre Augen (will Granulose gehabt haben), über Stuhlbeschwerden und gestörten Schlaf.

26. 2. Hält sich ruhig und ordentlich, beschäftigt sich mit Lesen, scheint sich ganz zufrieden zu fühlen.

28. 2. Unverändert, nach Siechenabteilung verlegt.

1. 3. Steht auf, beschäftigt sich mit Handarbeit. Während sie sich oben angeblich ihrer Delikte nicht erinnern konnte, sucht sie sich Ref. gegenüber ganz spontan wegen jener zu rechtfertigen.

26. 3. Entwich heute Abend durch den Keller.

Ende September 1902 klagte der Ehemann W. gegen eine Schwester seiner Frau, eine Frau D., wegen Diebstahls. Diese antwortete mit einer Anzeige wegen Kuppelei gegen W. Als die Sache bedenklich wurde, machte der Ehemann W. wieder die „Geisteskrankheit“ seiner Frau geltend. Er wurde aber verurteilt und nur sie wegen Unzurechnungsfähigkeit abermals freigesprochen. In dem betreffenden Gutachten heisst es, die W. mache ganz unsinnige Angaben, behaupte z. B. wegen Brandstiftung 7 Jahre Zuchthaus gehabt zu haben.

Juni 1903 wurde die W., die sich noch immer auf freiem Fusse befand, von einem Kaufmann N. verklagt, weil sie von ihm eine goldene Uhr auf Abzahlung gekauft und nichts bezahlt habe. Die W. suchte sich erst damit herauszureden, die Uhr sei ihr gestohlen worden und der Diebstahl sei auch von ihrem Manne angezeigt. Auf das Unrichtige dieser Angaben hingewiesen, schützte sie wieder Nervenleiden und Gedächtnisschwäche vor. Ein Termin musste aufgehoben werden, da sie angeblich wegen Krämpfe nicht erscheinen konnte. In der nächsten Verhandlung führte sie dann ganz verkehrte Reden, sprach z. B. wieder davon, sie habe 7 Jahre Zuchthaus wegen Brandstiftung gehabt; die ihr vorgehaltene Strafliste sei falsch. Dann bekam sie einen Krampfanfall. Der Gerichtsarzt N. versicherte, sie leide an einem „beträchtlich vorgeschrittenen Zustand geistiger Verblödung im Anschluss an Fallsucht“ und sei unzurechnungsfähig. So erfolgte Freisprechung. Inzwischen war eine neue Anzeige eingelaufen, dass sie ein auf Abzahlung gekauftes Piano versetzt hatte. Wieder schützte sie Geistesabwesenheit vor. Wieder erfolgte auf Grund eines Attestes von Dr. Sch. Freisprechung, da die Angeklagte seit Jahren nicht mehr zurechnungsfähig sei.

Dieser Sachverständige hatte die W. nach ihrer Entweichung aus der Irrenanstalt 1901 vergeblich in seiner Eigenschaft als Stadtarzt aufgesucht. Der Ehemann behauptete, sie sei nach Pr. Eylau verreis. Als er sie endlich auffand, beschränkte er sich, wie es in seinem Gutachten heisst, wegen ihres hochschwangeren Zustandes auf eine kurze Untersuchung. Nach den Akten sei sie Kartenlegerin und infolge ihrer Schwindeleien vielfach mit den Behörden in Konflikt geraten. Die vom Physikus Dr. W. betonte Verwirrtheit bestand nicht. Der schwangere Zustand schien eine Ueberführung in die Anstalt un-

rätlich zu machen. Der Mann W. habe sich verpflichtet, seine Frau sorgfältig zu überwachen! Das Gutachten schliesst: „Da sie bislang anscheinend nur wegen Schwindeleien, nicht wegen Gewalttätigkeiten mit den Behörden in Konflikt geraten ist, so habe ich nichts dagegen, wenn sie vorläufig bei ihrem Manne verbleibt. Letzterer müsste auf die ihm zufallende Verantwortlichkeit aufmerksam gemacht werden, auch dafür sorgen, dass seine Frau nicht mehr ihr Gewerbe als Kartenlegerin ausübt.“

Erst als sich die Anzeigen gegen die W. im Jahre 1904 bedenklich häuften, hielt der Stadtarzt auf Anfrage der Polizei die baldige Verbringung in eine Irrenanstalt für geboten: „Da sie immer wieder mit dem Strafgesetze in Konflikt kommt, ist sie zweifellos als gemeingefährlich anzusehen.“

Jetzt beantragte der Ehemann der W. ihre Entmündigung wegen Geisteskrankheit und berief sich auf alle schon über sie erstatteten Gutachten.

Der Gerichtsarzt Dr. N., welcher bereits im Jahre 1903 die W. in einer Strafsache exkulpiert hatte, hielt „Epilepsie mit Schwachsinn“ seit langen Jahren für vorliegend. Die W. mache noch denselben schwachsinnigen Eindruck, sei von derselben plumpen Vertraulichkeit und derselben uferlosen Redseligkeit. Ihre Stimmung sei schwankend, sie weine und lache in demselben Zuge.

Ihr Intellekt sei sehr schlecht, sie sei nicht mehr über die einfachsten bürgerlichen Verhältnisse orientiert, rechne schlecht und könne keine Begriffe bilden. Innerhalb des Rahmens ihrer Häuslichkeit erscheine sie brauchbar, soweit Ordnung und Sauberkeit in Frage kämen. Sie wasche, putze, scheuere den ganzen Tag; auch machten ihre beiden Kinder körperlich einen wohlgehaltenen Eindruck. Gleichwohl sei der Ehemann fortdauernd gezwungen, eine Haushälterin zu halten, weil seine Frau ausser stande sei, sein Haus auch nur im gerinsten nach aussen hin zu vertreten; vor allem kenne sie den Wert des Geldes nicht und kaufe und schachere sich alles an, was sie sehe, schrecke auch vor einem Diebstahle nicht zurück. Sonst sei sie harmlos und unachtsam zutraulich, schwatze mit jedem, auch fremden Menschen, stundenlang und benehme sich so, dass man ihr allein eine Wohnung nicht anvertrauen könne. Auch ihm habe sie unaufgefordert ihre ganze Garderobe gezeigt, ihre neu erworbenen Hutfedern, Bänder usw. und von neuen Blumen erzählt bzw. Ausgestaltung der Garderobe. Dabei habe sie ihn für einen Versicherungsagenten gehalten, bei seinem 2. Besuche — 5 Tage später — für den Augenarzt und ihm dieselben Sachen erzählt und gezeigt.

Aus Vorstehendem ergebe sich zugleich ihre enorm herabgesetzte Merkfähigkeit und gerade dieser Schaden, den ihr Gedächtnis genommen habe, sei es, der sie für die Vertretung eines Haushalts unbrauchbar mache. Epileptische Krämpfe selbst habe er während der letzten Beobachtungszeit nicht gesehen, doch könne kein Zweifel an der Persistenz derselben bestehen. Frau W. leide an einem vorgeschrittenen Grad epileptischen Schwachsinn (Epilepsia cum Dementia) und sei infolge dieses Schwachsinn nicht imstande, ihre Angelegenheiten zu besorgen.

Beim Entmündigungstermin erklärte die W. auf Befragen, sie leide seit ihrer Konfirmation an epileptischen Anfällen. Geburtsort und Alter gab sie

verkehrt an: 56 Jahre! Sie führe ihren Haushalt mit Unterstützung ihrer Schwester. Sie habe viel Geld und erbe noch.

(Haben Sie viele Kleider?) „Ein graues, ein schwarzes, ein blaues. Ein schwarzes ist noch in Arbeit.“ (Kennen sie mich?) „Sie waren wegen der Assekuranz da.“

Weiter gab die W. auf Befragen des Richters an, zu 7000 M. versichert zu sein, früher zu 4—5000. Sie habe einen Onkel, von dem sie noch viel erbe. Es gebe alles neue Kleider dafür.

Besonders fiel auf, dass die W. ihren Geburtstag nicht angeben konnte. Der Gerichtsarzt schloss aus diesem neu zu Tage getretenen Umstande auf schwere Schädigung des Gedächtnisses.

Die Entmündigung erfolgte am 10. Mai 1904 wegen Geistesschwäche. In der Begründung des Beschlusses heisst es:

„Die angestellten Ermittlungen durch Vernehmung des Gerichtsarztes Dr. N. als Sachverständigen und die persönliche Vernehmung der Entmündigten selbst haben ergeben, dass die Entmündigte zwar nicht an Geisteskrankheit leidet, aber an Geistesschwäche, und an dieser in so erheblicher Weise, dass angenommen werden muss, dass sie nicht imstande ist, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen. Denn abgesehen davon, dass der ärztliche Sachverständige nach seiner Bekundung auf Hinweis seiner Untersuchung oder Beobachtung der Entmündigten sein Gutachten dahin abgegeben hat, dass die Entmündigte an einem vorgeschrittenen Grad epileptischen Schwachsinnus leidet und infolge dieses Schwachsinnus ausser stande ist, ihre Angelegenheiten zu besorgen, hat das Gericht durch seine Wahrnehmungen bei der persönlichen Vernehmung der Entmündigten die Ueberzeugung gewonnen, dass die Entmündigte nicht die geistige Fähigkeit besitzt, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen, da sie insbesondere nicht einmal im stande war, ihr Alter und ihren Geburtsort richtig anzugeben, indem sie ihr Alter auf 56 Jahre und als ihren Geburtsort Königsberg angab, während sie tatsächlich erst 36 Jahre alt war und in Pr. Eylau geboren ist.“

Am 20. 11. 1904 kaufte die W., die nunmehr auf freiem Fusse unter Aufsicht ihres Ehemannes belassen worden war, im Warenhause einige Kleinigkeiten und stahl bei dieser Gelegenheit verschiedene Gegenstände im Werte von 26 M. Sie wurde dabei ertappt und entschuldigte sich mit „Kleptomanie.“ Eine 2 Tage später erfolgende Vernehmung durch einen Kriminalbeamten verlief erfolglos, da sie „verwirrte Antworten“ gab. Einleitung eines Strafverfahrens wurde von der Staatsanwaltschaft abgelehnt, da die W. wegen hochgradigen Schwachsinnus nicht verantwortlich gemacht werden könne. Ausserdem schwebte ein neues Verfahren wegen Betrugs, Misshandlung, Beleidigung und Widerstands. Auch dieses wäre wohl eingestellt worden, da kam eine weitere Sache hinzu: Die W. wurde angeklagt, einen Konditor S. dadurch betrogen zu haben, dass sie ihm unter der Vorspiegelung, Beweise für die Untreue seiner Frau schaffen zu können, Geld abnahm.

Frau S. klagte gegen den mit ihr in Ehescheidung liegenden Ehemann, dieser habe verbreitet, dass sie sich ein Absteigequartier gemietet habe, dort

mit Herren verkehre und sich auch was habe abtreiben lassen. Der beklagte Ehemann gab an, Frau W. habe ihm gegen Entgelt von 300 M. Beweismaterial gegen seine Frau beschaffen wollen und habe ihm erzählt, seine Frau habe mit verschiedenen Männern geschlechtlich verkehrt, sie habe selbst jene einmal dabei gesehen. Diese Angabe, die sie genau ins Einzelne ausgemalt gehabt hatte, hielt sie freilich vor Gericht nicht aufrecht, sondern entschuldigte sich wieder mit „Nervenschwäche“ und mit ihrer Entmündigung.

Ferner aber kam sie mit der Erzählung heraus, ihr habe eine Frau H. die 300 M. angeboten, damit sie im Prozesse S. gegen S. eine falsche Aussage machen sollte. Von der Frau H. deshalb verklagt, stellte die W. bei ihrem Verhör die Sache so dar, als sei sie überhaupt von der H. zu allem aufgestachelt worden. Die H. habe ihr erst die Namen der Männer bezeichnet, die sie, die W., dann dem eifersüchtigen Konditor als seine Rivalen angab. Die H. habe dafür einen Teil der von dem Konditor S. ausgezahlten Summe abbekommen. Die Sache liege also nicht so, dass die H. ihr selbst 300 M. für eine falsche Aussage angeboten habe, wohl aber habe die H. sie zu ihrem ganzen Verhalten in der Ehescheidungssache erst angestachelt. Nur im Auftrage der H. habe sie 300 M. gefordert. Ihr Ehemann habe indessen den Betrag, sobald er von der Sache hörte, zurückerstattet. Der geschädigte S. bestritt, irgend welches Geld zurückerhalten zu haben. Die W. habe ihm mit ihren Versprechungen und ausführlichen Berichten das Geld allmählich abgelockt. Sie habe ihm beteuert, sie könne alles beeiden, und habe ihn nachher stecken lassen. Beachtenswert ist die Anzeige der Frau H., die W. schwinde im Einverständnis mit ihrem Ehemanne.

Januar 1905 ging von Dr. C., dem leitenden Arzte des Krankenhauses in A., in das die W. als gemeingefährliche Geisteskrankte neuerdings untergebracht worden war, die überraschende Mitteilung ein, die W. scheine simuliert zu haben und überhaupt nicht geisteskrank zu sein!

Anfangs hatte die W. wieder ihre alte Darstellung bei der Aufnahme gegeben: Sie sei krank seit ihrer Vergiftung mit 16 Jahren, habe dann gleich geheiratet, sei schon schwanger gewesen. Im Wochenbette seien zuerst epileptische Krämpfe aufgetreten, anfangs täglich, in den letzten Jahren nur alle 4 Wochen. Einige Tage vor den Anfällen neige sie zu grossen Einkäufen. So habe sie jetzt auch ihren Ladendiebstahl begangen.

Bei näherem Befragen schilderte sie die Anfälle so, dass erst die Beine steif würden, dann kämen Krämpfe in Armen und Händen, und dann verliere sie erst das Bewusstsein. Den Vorgang beim Ladendiebstahl vermochte sie genau zu schildern, wusste, was sie fortgenommen hatte, zeigte geheuchelte Reue.

Nachforschung ergab, dass beide Schwestern Prostituierte und Verbrecherinnen sind, dass auch der Mann vielfach, vor allem wegen Körperverletzung und Kuppelei bestraft ist und sich wegen Verleitung zum Meineid in Untersuchung befindet.

Die drohende Anstaltsinternierung schreckte die W. und veranlasste sie, sich entschieden gegen die Aussicht einer solchen zu wehren. Da sie einsah,

dass dieses Mal kein Entrinnen sei, änderte sie plötzlich ihr Verhalten. Hatte sie zunächst nach der Aufnahme dem untersuchenden Arzte betont, sie sei bei ihrer Straftat unzurechnungsfähig gewesen, sei einem unwiderstehlichen Triebe gefolgt, bei dem sie nicht wisse, was sie mache, lenkte sie jetzt langsam ein und erklärte, lieber die Strafe zu verbüssen, als dauernd interniert zu werden. Dabei entwickelte sie einen aner kennenswerten Ueberblick über die strafrechtlichen Folgen ihres Tuns.

Bei der nunmehr vorgenommenen Untersuchung liessen sich keine Störungen von Merkfähigkeit und Erfahrungswissen nachweisen. Nur war das Schulwissen gering. Ihre „Verwirrtheit“ bei der früheren Untersuchung durch den Stadtarzt erklärte sie damit, sie sei über den Besuch erschrocken gewesen; entsann sich aller Einzelheiten.

Im Krankenhause erschien sie geordnet, zugänglich, schloss sich gesellig an die Mitkranken an, erzählte ihnen pathetisch von ihrer unglücklichen Lage, wusste ihr Mitleid zu erregen. In ihrer Geschicklichkeit, ihr Benehmen den Umständen anzupassen, und in ihrer Beurteilung der eigenen Lage zeigte sie eine unleugbare Schlaueit. Den Arzt bat sie, zwar nicht von Unzurechnungsfähigkeit zu sprechen, sie aber doch dem Richter so krank darzustellen, dass sie mit einer leichten Strafe davonkäme. Als sich die Beobachtung hinzog, verlangte sie energisch ihre Entlassung, liess durch den Ehemann bei der Polizei wegen „Freiheitsberaubung“ Schritte tun. Dann wieder spielte sie sich auf die unglückliche Mutter heraus, legte ein schmeichlerisch-pathetisches Betragen an den Tag.

Auf Veranlassung der Polizei erfolgte am 13. 1. 1905 die Entlassung. Die Diagnose war auf Hysterie gestellt worden. Im Februar stellte sie sich in einem anderen Krankenhause als „reiche Wohltäterin“ vor mit dem Wunsche, eine dort untergebrachte Trinkerin zu besuchen, berief sich auf angebliche Empfehlungen des Arztes, der sie zuletzt im Krankenhause behandelt hatte.

In verschiedenen Sanatorien, welche sie dem Gerichte als ihre Adresse angegeben hatte, wusste man nichts von ihr. Im Juli beschloss die Strafkammer auf Antrag des Sachverständigen ihre Unterbringung in einer öffentlichen Anstalt nach § 81 Str.P.O.

Am 1. 8. 05 erfolgte ihre Aufnahme in die Irrenanstalt F. Sie liess sich willig auf die Abteilung führen, redete aber dabei fortwährend in alberner Weise vor sich hin: „Ich weiss gar nicht, warum mein Mann mich hierher gebracht hat, ich habe nichts getan. Die andere Frau hat das Geld gestohlen. Mein Mann sagt, diesmal darf ich hier nicht wieder weglauen. Dann nimmt er mich nicht wieder auf. Das will ich auch nicht tun, dann komme ich doch auch bald wieder weg.“

Die körperliche Untersuchung ergab: „Grosse, kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustande. Muskulatur überall ziemlich kräftig entwickelt. Kein Fieber. Urin ohne Zucker und Eiweiss. Oedeme, Aussohläge und Drüsen-schwellungen fehlen. Leichter Kropf. Lungen und Herz ohne Besonderheit. Puls kräftig, regelmässig, 60, Pulssohlagader weich. Abdomen zeigt starkes Fettpolster, alte Schwangerschaftsnarben, keine druckempfindlichen Resistenzen.

Menses zur Zeit vorhanden, angeblich sonst unregelmässig, alle 2—3 Wochen, angeblich vor 9 Wochen Umschlag, doch weiss die Angeklagte nicht, von wieviel Monaten. 12 Kinder tot, einmal Drillinge, ausser diesen noch ein Kind am Leben. Der Schädel zeigt kleine, schmale, niedere Stirn, im Verhältnis dazu vorspringende Backenknochen. Am Hinterkopf in der Gegend der Lambdanaht eine druckempfindliche Partie. (Von einem Fall herrührend.) Haarwuchs dicht, ohne Besonderheit. Ueber dem linken Auge zwei alte Narben (Krampfanfall). An der rechten Schulter, am linken Unterarm und in der linken Ellenbeuge ebenfalls Narben. Gesicht etwas asymmetrisch, die rechte Augenbraue steht höher als die linke. Gesichtsfarbe gut. Ohren ohne Besonderheit. Die Zunge wird unter starken Zitterbewegungen vorgestreckt, deutliche Bissnarben am Zungenrand nicht erkennbar. Gebiss teilweise kariös, Zahnstellung ohne Besonderheit. Rachen ohne Besonderheit. Rachenreflex vorhanden. Linke Lidspalte enger als die rechte. Augenbindehaut beiderseits stark injiziert. Rechts Hornhauttrübung. Altes Trachom mässigen Grades. Links stärkeres altes Narbentrachom, leichte Trichiasis. Pannus trachomatosus, bzw. traumaticus. Augen- und Gesichtsmuskulatur ohne Lähmungserscheinungen. An den oberen Extremitäten lebhaft Trizepssehnenreflexe, sowie auch Knochenhautreflexe von den Vorderarmknochen, besonders rechts. Am rechten Unterarm, besonders am Handgelenk, epileptogene Zone, Druck auf dieselbe löst Ohnmacht aus. Kniesehnenreflexe beiderseits sehr lebhaft. Fusssohlenreflexe ohne Besonderheit. An beiden unteren Extremitäten sowie am rechten Unterarm scheint Hyperästhesie und Hyperalgesie zu bestehen. Am linken Unterarm vielleicht etwas Hypästhesie und Hypalgesie. Sprache und Gang ohne Besonderheit. Kein Schwanken bei geschlossenen Augen (Romberg'sches Phänomen). Blase und Mastdarm funktionieren.“

„Während der 6wöchigen Beobachtungszeit zeigte die Angeklagte im grossen und ganzen das gleiche Benehmen wie beide Male während des früheren Anstaltsaufenthaltes, nur scheint sie damals mehrfach leidlich richtige Angaben über ihr Vorleben gemacht zu haben, während sie jetzt angeblich bis auf die Zeit von etwa einem Jahr alles, was ihre früheren Straftaten betrifft, vergessen hat, darüber weiter unten.“

„Ausgesprochene Krampfanfälle sind nur 2 festgestellt worden, am 16. und 18. 8. je einer: sie konnten ärztlich nicht beobachtet werden. Die Wärterin des Wachsaals gab folgende Schilderung:

16. 8. Heute 1 Anfall um 8¹/₂ Uhr abends. Pat. sprach vorher unverständliche Worte, streckte beide Arme stramm aus, machte die Hände abwechselnd auf und zu, machte fortwährend zuckende Bewegungen mit dem ganzen Oberkörper, schüttelte den Kopf, hatte Schaum vorm Mund. Der Anfall dauerte 5 Minuten. Pat. zitterte aber noch lange darnach.

18. 8. Bekam 10¹/₂ Uhr abends einen Anfall, war dabei sehr laut, schrie stossweise auf, streckte die Arme krampfhaft von sich. Diesmal kein Schaum vorm Mund. Pat. sprach dann viel, aber unverständlich im Schlaf.“

Ausserdem wurde „zwangsartiges“ Lachen beobachtet. Die ersten Anfälle von Lachkrämpfen wurden am 31. 8. beobachtet und folgendermassen geschildert:

„1. 9. Hatte gestern Abend dreimal Anfälle von Lachkrampf. Pat. lachte am Tage schon viel bei jeder Gelegenheit. Abends 8 Uhr der erste Anfall: Pat. lachte erst laut, allmählich leiser, wobei das Gesicht ganz entstellt und scheinbar steif war. Nachdem der Anfall vorüber war, hatte Pat. eine ganze Weile zuckende Bewegungen. Die Augen waren während des Anfalls geschlossen, die Tränen liefen über die Wangen. Pat. wusste am folgenden Tage nichts von den Anfällen. — Menses.“

Zwei ähnliche Anfälle wurden ärztlicherseits beobachtet, von denen am 7. 9. einer vom späteren Begutachter selbst: „Nachdem schon eine längere Unterredung mit der Frau W. stattgefunden hatte, reagierte sie auf die Frage, was nun mit ihr werden solle, damit, dass sie plötzlich gellend zu lachen anfang, den Fragenden mit eigenartig maskenartig grinsendem, verzerrtem Gesichtsausdruck starr ansah, nach etwa 10 Sekunden ganz still wurde und anfang, mit den Fingern an ihrem Taschentuch und der abgenommenen Brille zwecklos pflückende und putzende Bewegungen auszuführen. Sofort befragt, weswegen sie so gelacht habe, meinte sie, weil Referent sie so angesehen habe; fast unmittelbar darauf nochmals befragt, stellte sie in Abrede, überhaupt soeben gelacht zu haben. Eine sich dem Anfall anschliessende Verwirrtheit bestand nicht, denn Frau W. konnte richtig angeben, welches Thema Ref. vorher mit ihr besprochen hatte, sie sagte ganz richtig, „von der H“. Die Pupillenreaktion war nicht sicher zu prüfen.“

„Abgesehen von diesen Anfällen von zwangsartigem Lachen, bei denen Frau W. zweifelsohne das Bewusstsein verlor, wurden niemals bei ihr Zwangshandlungen beobachtet, auch keine Dämmerzustände, nur einmal fiel es auf, dass die Angeklagte 2 Tage lang augenscheinlich ein verändertes Wesen zeigte. Sie klagte über allgemeines Unwohlbefinden, über heftige Kopfschmerzen und Ohrensausen und beachtete am nächsten Tage, dem 20. 8. ihren sie besuchenden Mann, ganz gegen ihre sonstige Art, wenig, was sie am folgenden Tage sehr bedauerte. Die Menses traten erst 1½ Wochen nachher auf, standen also damit in keinem Zusammenhang.“

„Spontan machte Frau W. auch nie Angaben über Sinnestäuschungen, sondern berichtete erst auf Befragen, sie höre auf dem rechten Ohre etwas, „da ruft immer einer: Therese komm!; auch wenn ich schlafe, wache ich schnell auf und kann nicht wieder einschlafen.“ Gesichtstäuschungen zu haben, stellte sie in Adrede, meinte aber dann, „ich höre Musik nachts, die Ohren summen.“ Sie selbst konnte nur sehr unsichere Angaben über ihre Krankheit machen, sie erzählte, dass sie ungefähr seit ihrer Verheiratung an Krämpfen leide, wie häufig sie diese habe, „weiss ich nicht, ich habe das letzte Jahr gar nicht mehr arbeiten dürfen, meine Tochter und Schwester machen alles, ich ging nur immer in die frische Luft.“

„Die Prüfung der allgemeinen Kenntnisse ergab ein ganz minderwertiges Resultat. Frau W. beantwortete kaum eine Frage richtig.

(Wie heisst die Hauptstadt von Deutschland?) „Schleswig-Holstein.“

(Das ist doch keine Stadt?) „So habe ich das gelernt.“

(Wo wohnt der Kaiser?) „Berlin.“

(Wie heisst er?) „Wilhelm.“

(Der wievielte?) „Dritte.“

(An welchem Fluss liegt Hamburg?) „Das ist die See bei Hamburg. Mein Mann holt die Segelschiffe herauf.“

(Wie heisst die See bei Hamburg?) „Ostsee, da haben wir drin gebadet, da sind wir beinahe ertrunken, ich und meine Tochter.“

(Was ist Schnee?) „Das ist weiss.“

(Was ist Eis?) „Das ist sehr kalt, das friert im Winter und wird kalt.“

(Wo kommt Wolle her?) „Das wird gepflanzt, meine Schwiegermutter hat das auch gemacht.“

(Wo?) „In Hitzacker.“

(Was ist Leinen?) „Ja, das macht ja meine Schwiegermutter, das wird durchgezogen.“

(Was für Farben gibt es?) „Rot, schwarz, weiss, grün, blau, braun, grau.“

Dabei fällt auf, dass Frau W. ziemlich unauffällig ihre Umgebung daraufhin ansieht, Kleid ist rot und schwarz, Papiere auf dem Tische weiss, Tischdecke grün, sieht zum Fenster hinaus, blau, Bücher auf dem Tisch braun und grau.

(Bäume?) „Fuchsia, Geranium, Lebensbaum, Rosenbäume, Aepfel, Birnen, Pflaumen, Kirschen, Flieder.“

(Unterschied zwischen Fluss und Teich?) „Weiss ich nicht.“

(Was ist die Elbe?) Ein grosses Wasser, viele Schiffe darauf, da fährt mein Mann.“

Der Höchste in Hamburg ist der Bürgermeister, der Höchste in Deutschland ist „unser Herr Kaiser.“

Nach der Länge eines Meters befragt, meint Frau W. „ihr Mann rechne das immer nach seinem Arm, 1 m sei etwa noch einmal so lang.“

Ganz rudimentäre Kenntnisse schien die Angeklagte im Rechnen zu haben, 8×9 ist 38, 6×7 ist 28, 3×8 ist 27, $21 - 14$ ist 16, $13 + 7$ ist 20. Bei einer späteren Rechenprüfung bittet Frau W. sich Papier aus und rechnet 6×7 folgendermassen: 7, 14, 26, 32, 48, 52, also 6×7 ist 52. $2 + 3 + 5 + 1 + 14$ rechnet sie schriftlich erst nach mehreren Fehlern richtig, nimmt dabei, ohne es irgendwie auffällig zu machen, die Finger zu Hilfe.

Bei der Aufgabe, wieviel 3 m Schnur kosten, wenn 1 m 15 Pf. koste, schreibt Frau W. 3 mal 15 untereinander, addiert zuerst die Zehner, dann die Einer und erhält so das Resultat 3,15 M. Auf Vorhalt verbessert sie sich, es seien ja 3 Groschen, also 3 Groschen, 15 Pf. 5% von 100 M. kann sie nicht berechnen. Bei einem Multiplikationsexempel entschuldigte sie sich, „ich kann überhaupt nicht so schnell rechnen, ich muss mir Zeit lassen.“

Ganz im Gegensatz dazu versteht sie mit kleinen Beträgen baren Geldes ganz gut zu rechnen und addierte mehrfach Silber- und Nickelgeld sofort richtig und ging dabei sichtlich mit Eifer und Befriedigung vor; ebenso wusste sie, dass 1 Taler 3 M. ist, 1 M. gleich 10 Groschen, 1 Taler gleich 30 Groschen. Sie meint, in den Läden habe sie meist zu wenig Wechselgeld herausbekommen, daher sei bei Einkäufen stets ihre Tochter mitgegangen.“

Weiter heisst es: „Ins Untersuchungszimmer geführt, setzt sich Frau W. ruhig auf den Stuhl und gibt dann ruhig Antworten, dabei fällt auf, dass sie bei sonst guter Orientiertheit kaum eine zutreffende Antwort gibt. So meint sie, sie sei heute schon 5 Wochen hier, während es gestern erst 3 Wochen waren. Will an einem Mittwoch aufgenommen sein, während es an einem Dienstag war. Will jetzt zum 4. Male hier sein, während es zum 3. Male ist. Will nicht wissen, wie lange sie hier zu bleiben habe, der Mann habe ihr gesagt, nach 2 Sonntagen werde er sie holen; fügt dann unvermittelt hinzu: „Von meinem Manne will ich mich scheiden lassen! Da will ich nicht wieder hin.“ Den möge sie nicht mehr leiden, ihr kleiner Junge, der vor einem Jahre gestorben sei, habe ihn auch nicht leiden mögen. Wann sie zum ersten Male hier gewesen sei, wisse sie nicht. „Das war schon lange Jahre her, da habe ich ein Baby gehabt, ich glaube es sind 5 Jahre her.“

„In ihren Reden macht Frau W. einen etwas eigenartigen Eindruck, sie spricht wie ein befangenes gezieltes Kind. Will nicht in Pr. Eylau, sondern in Königsberg, den 11. Oktober (ihre Schwester) geboren und jetzt 42 Jahre alt sein.“ Wollte die Namen der Aerzte nicht kennen.

„Behauptet, sie sei noch niemals bestraft. Dabei wird Frau W. nicht erregt, sondern bekräftigt in ruhiger Art, es sei wirklich so, wohl sei ihre Schwester bestraft; will aber nicht behaupten, dass ihre Schwester stets auf ihren Namen bestraft sei. Ganz unmotiviert erzählt sie im Anschluss daran, dass ihr Mann sie einmal 3 Wochen eingesperrt, und ihr Onkel aus Danzig ihr immer Geld geschickt habe. Auf Vorlesung eines Teils des Strafregisters fragt Frau W. „und das soll ich alles getan haben?“ Meint dann nachher zu Ref., dann werden Sie mir jetzt auch böse, dann glauben Sie das auch?“ Will nie in Anklage gewesen sein, wenn in den Akten ihre Unterschrift zu finden sei, so wisse sie nicht, wo das herkomme, sie sei nie in einem Gefängnis gewesen.

„Im Kurhaus sei sie einmal gewesen im vergangenen Jahr, sie wisse nicht, weswegen man sie hingebracht habe. Auf Befragen, ob sie nicht einmal in Stellung gewesen sei, wo Kinder vergiftet waren, bejaht sie, sie wisse aber nicht, ob sie damals auch vergiftet sei. Weiss nicht, seit wann sie an Krämpfen leidet, sie hätte schon lange keine mehr, auch hier hätte sie bestimmt noch keine gehabt; ganz unvermittelt fügt sie hinzu: „früher waren immer meine Hände kaput, jetzt nicht mehr“, meint nachher, ihr Mann habe ihr früher gesagt, das sei bei den Krämpfen entstanden.

„Nach ihrer Beschäftigung hier befragt, erzählt sie in kindlichem Tonfall, sie lese, wenn die Augen nicht schmerzen, „dann singen wir einmal, gehen im Garten spazieren, zu Hause habe ich immer gescheuert.“

„Stellt heute in Abrede, gesagt zu haben, dass sie mit Frl. L. zusammen Blusen gestohlen habe. In recht scharfem, erregtem Tone erklärt sie es für Lügen, wenn ihr Mann und ihre Schwester erklärt hätten, sie sei vorbestraft. „Das sind alles Lügen, dann steckt mein Mann im Komplott, die mir alles anhängen wollen“. Meint, ihr Mann wolle von ihr loskommen, dann solle er es aber offen sagen. Setzt dann hinzu: „Ich mache meine Treppen immer rein,

aber wenn andere dort wohnen, müssen sie auch reinmachen.“ Auf Vorhalt, sie sei einmal der Kindsabtreibung angeklagt gewesen, meint Frau W. mit bitterem Tonfall „nun wird es aber ganz toll — dann bin ich ja kein Mensch mehr.“

„Gibt nach momentanem Besinnen zu, im Warenhaus festgehalten zu sein, „ja, das ist wahr, ich habe ein Jakett gestohlen, das hat mein Mann bezahlt“, sie glaubt, bei dieser Gelegenheit allein gewesen zu sein, sie könne die Einzelheiten nicht mehr sagen, es sei ein paar Jahre oder nur ein Jahr her, ihre Tochter sei aber bestimmt nicht dabei gewesen. Auf Vorhalt, dass sie Kleptomanie vorgeschützt habe, meint Frau W., ja sie wisse nicht, wie es sei, wie sie dazu gekommen sei, ihr Mann bringe die Sachen immer zurück.

Den Umstand, dass sie jetzt zugebe, schon mehrfach gestohlen zu haben, während sie es sonst immer abgestritten; erklärte sie dadurch, dass bei der Frage nach der Angelegenheit im Warenhaus ihr einiges eingefallen sei, „ich habe gestohlen, das gebe ich zu, dann muss ich nach dem Gefängnis“. Gessen will sie aber noch nicht haben. Stellt mit Bestimmtheit in Abrede, entmündigt zu sein. Wielange und wann sie im A.-Krankenhaus war, wisse sie nicht, es mögen wohl 3 Jahre her sein.“

„Auf Vorhalt der Jahreszahlen des Strafregisters meint Frau W. verwundert: „Da habe ich ja noch garnicht gelebt“, gibt ihr Alter auf 42 Jahre an; sie könne es nicht mit den Jahreszahlen zusammenbringen.“

„Sie bleibt auch heute dabei, dass die Hauptstadt Deutschlands Schleswig-Holstein heiße, das sei eine Stadt. Namen des Flusses bei Hamburg? „Wo mein Mann drauf fährt? Elbe. „Stellt in Abrede, hier erzählt zu haben, dass sie ihr Sofa mit Petroleum angesteckt habe, dazu sei sie mit ihren Sachen viel zu eigen. (Tatsächlich hat sie es einer Wärterin erzählt.) Will Frau H. zuletzt vor ein paar Jahren gesehen haben, gibt dann nachher zu, sich versehen zu haben, es sei wohl zu Pfingsten gewesen.

Auffallend ist die kindliche Art, in der Frau W. allerlei Sachen erzählt, die garnicht zum Gespräch gehören, ganz ohne Zusammenhang mit dem Vorhergehenden teilt sie irgend eine Tatsache mit, z. B. wenn von Frau H. die Rede ist, erzählt sie plötzlich unvermittelt, dass diese ihr noch ein Kleid zu geben habe usw., ganz lockere assoziative Verbindungen. Dabei ist die Satz- bildung auffallend ungewandt, Frau W. bedient sich fast nur kurzer Hauptsätze oder Satzrudimente.

Kennt die Vornamen, Rufnamen der mit ihr in Berührung kommenden Wärterinnen, auch die der mehr für den Verkehr in Betracht kommenden Kranken.

Will nicht wissen, zu welchem Zweck sie hier sei, der Mann habe sie mit List hergebracht, ihr dann gesagt, sie solle von Ref. untersucht werden „das kann ich mir nicht klar machen, was habe ich denn mit dem Gericht zu tun?“

Auf Vorhalt, dass sie und Frau H. wegen Betrugs gegen Sch. angeklagt seien, meint Frau W., das sei ganz falsch ausgelegt, Sch. habe sie aufgefordert auszusagen, dass sie jemanden bei seiner Frau gesehen haben. E. bezeichnet

sie als „der das Milchgeschäft hat, den Namen habe ich vergessen“. Erinnert sich auch, Sch. habe sie aufgefordert zu sagen, dass sie seine Frau in der Wohnung bei der fremden Logiswirtin getroffen habe, das sei aber garnicht war, dass sie sie dort gesehen habe. Der Konditor Sch. (Name verstümmelt) habe ihr ein grosses Papier vorgelegt, oder es sei der Onkel gewesen, da habe sie Therese W. unterschreiben müssen, sie habe garnicht gewusst, was darin stand; bleibt bei der Auffassung, dass sie das unterschreiben müsse, was man ihr vorlege, „ja ich musste das doch unterschreiben“. Auf Vorhalt, dann sei ja Sch. der Schlechte, meint Frau W., ja aber die H. sei auch schlecht, habe ihr Geld fortgenommen, auch einmal Glasscheiben in der Haustür eingeschlagen, weil sie Frau W. habe schlagen wollen, als sie sich weigerte auszusagen, dass die Frau mit dem Mann, „der das Milchgeschäft hat“, im Bett gelegen hat; Frau W. setzt unvermittelt hinzu „ich habe nie geschlagen und nie geschimpft“.

Sie will von Herrn Sch. oder dessen Onkel 1500 M. bekommen haben, aber wieder abgegeben haben; die 300 M. habe Frau H. erhalten, sie habe sagen sollen, sie hätte gesehen, wie Frau Sch. mit einem Manne, „der ein Milchgeschäft habe“, der Name sei ihr entfallen, verkehrt habe; bei der Erzählung benimmt sich Frau W. wie ein Backfisch, zupft am Taschentuch „das kann ich garnicht sagen — sie haben sich ausgezogen — zusammen — im Bett gelegen“. Frau H. habe sie beauftragt, das zu sagen, aber sie habe es nicht getan; wenn sie es täte, habe ihr Sch. 1500 M. versprochen.

Zu bemerken ist noch, dass eine der mit Frau W. in einem Zimmer wohnenden Kranken, die als absolut zuverlässig angesehen werden muss, sich dahin äusserte, sie hätte auch einige Male bemerkt, dass Frau W. krampfhaft gelacht und dabei ganz starr ausgesehen habe, sonst hätten sie sich ganz nett mit einander unterhalten; es sei ihr aber aufgefallen, dass Frau W. ein sehr schlechtes Gedächtnis, Personengedächtnis, habe.

Menses hatte die Angeklagte während des 6 wöchigen Aufenthaltes in der Anstalt 2 mal, das eine mal ohne besondere Erscheinungen. Im anschliessenden Gutachten, das der obige Referent erstattete, ward ausgeführt, dass die W. seit ihrem 15. Lebensjahre mit Sicherheit an Krämpfen leide: „Auch jetzt konnten Anfälle zweierlei Art bei der Angeklagten festgestellt werden, 2 Krampfanfälle und mehrere Lachanfalle mit Bewusstseinsverlust; erstere traten innerhalb 2 Tagen ohne erkennbare Ursache auf, beide des Abends, sie wurden von der wachenden Wärterin in der im 2. Teil des Gutachtens referierten Weise beschrieben; die Lachanfalle wurden erst nach 4 wöchigem Aufenthalte der Angeklagten in der Anstalt beobachtet und standen zeitlich im Zusammenhang mit dem Auftreten der Menstruation; es fiel auf, dass Frau W. ein eigenartig lautes gellendes Lachen anschlug, wenn irgend etwas Heiteres passierte oder gesagt wurde, im Anschluss daran verlor sie augenscheinlich mitunter das Bewusstsein und es zeigten sich Reizungen der motorischen Tätigkeit, Steifheit, Zittern usw., dieses Zwangslachen trat aber mitunter auch ohne normalen, verständlichen Anlass auf und von diesen Anfällen konnten 2 ärztlicherseits beobachtet werden, der eine vom Ref. selbst; er ist ebenfalls im 2. Teil beschrieben; das plötzliche Auftreten und ebenso plötzliche Abklingen, die Starre des Ge-

sichts, die zwecklosen putzenden und pflückenden Bewegungen der Finger, die Gedächtnislücke für den Anfall, die augenscheinlich nicht markiert war, das alles spricht, abgesehen von dem zwingenden subjektiven Eindruck mit Sicherheit dafür, dass die Angeklagte tatsächlich an einer Krankheit leidet, die in Anfällen von Bewusstlosigkeit und Krampferscheinungen ihren äusseren Ausdruck findet. Es ist diese Krankheit 1883 im Krankenhaus für Hysterie gehalten worden, ich möchte mich den zahlreichen früheren Gutachten anschliessen und die Krankheit der Angeklagten ins Gebiet der Epilepsie weisen. Von diesem Gesichtspunkt aus verdient auch die sich über 2 Tage hinziehende primäre Verstimmung der Angeklagten eine Berücksichtigung als eine häufig beobachtete Erscheinung im Krankheitsbilde der Epilepsie.

Frau W. fiel durch ihr verändertes Wesen dem Wartepersonal auf, sie klagte über allerlei Beschwerden, war mürrisch auch gegen den am folgenden Tage zum Besuch erscheinenden Ehemann. Ein erkennbarer Anlass bestand nicht, auch mit der Menstruation hatte dieser Zustand nichts zu tun.

Niemals beobachtet wurden während des sechswöchigen Aufenthaltes in der Anstalt bei der Angeklagten länger dauernde Verwirrtheits- oder Dämmerzustände, auch abgesehen davon ist aus allem, was die Angeklagte erzählte und aus dem Anklagematerial mit Sicherheit auszuschliessen, dass bei der Begehung der strafbaren Handlungen epileptische Dämmerzustände eine Rolle gespielt haben.

Die Diagnose Epilepsie, die die zahlreichen Gutachter aus den früheren Jahren für erwiesen erachten, muss ich auch Herrn Dr. C. gegenüber aufrecht erhalten. Herr Dr. C. hat allerdings zu Anfang dieses Jahres die Angeklagte für eine Hysterika gehalten, ich möchte dazu nur bemerken, dass es nicht auffallen kann, dass Frau W. im Krankenhaus in A. keine Anfälle gehabt hat, sie war nur 2 Wochen dort und auch hier in F. trat der erste Anfall erst am 16. Tage der Beobachtung auf, die mit Lachanfällen verbundenen Absenzen erst nach 4 Wochen; diese Anfälle waren aber zweifelsohne epileptischer Natur.

Mit der Diagnose Epilepsie ist nun selbstverständlich an sich noch nicht gesagt, dass die Bedingungen vorliegen, die die Anwendung des § 51 St. G. B. berechtigt erscheinen lassen. Ich habe auch keine Anhaltspunkte gefunden, um die strafbaren Handlungen mit prae- oder postepileptischen psychischen Veränderungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Anfällen stehen, in Verbindung zu bringen.

Es handelt sich aber weiter um die Frage, ob die allgemeine geistige Verfassung der Frau W. so hochgradig krankhaft gestört ist, dass die Auffassung der früheren Gutachten zu Recht bestehen bleiben muss. Die Beurteilung wird nun in hohem Masse dadurch erschwert, dass Frau W. zweifellos übertreibt und lügt, ob aus eigenem Antrieb oder ob dazu von anderer Seite veranlasst, ist nicht festzustellen. Diese Unzuverlässigkeit ihrer Angaben hat wohl auch Herrn Dr. C. mit dazu veranlasst, die auch von ihm festgestellte geistige Schwäche der Angeklagten für nicht hochgradig genug zu halten, um den § 51 St. G. B. als vorliegend zu erachten.

Wären alle Angaben der Frau W. glaubwürdig, so würden sie einen derartigen hohen Grad von Störung auf allen Gebieten der Geistestätigkeit beweisen, dass ein Zweifel darüber, wie sie zu beurteilen ist, garnicht entstehen könnte. Man mag aber die berechnete Skepsis noch so weit treiben, es bleiben doch so viele positive Momente übrig, die das psychische Bild der Angeklagten so weit von dem abweichen lassen, was noch als normal bezeichnet werden kann, dass meines Erachtens der § 51 St. G. B. gegeben und kein Anlass vorliegt, von den Schlussfolgerungen der früheren Gutachter abzugehen. Im Folgenden muss ich näher darauf eingehen.

Absehen möchte ich von dem zu Tage tretenden Mangel an den allgewöhnlichsten Kenntnissen allgemeiner Natur; so kurz und präzise gestellte Fragen lassen sich ja sehr leicht auch mit Absicht unsinnig oder falsch beantworten. Aber auffallend war mir die Art und Weise, in der Frau W. die Antworten gab, auch in allen späteren Unterredungen; sie sprach oft geradezu in backfischartig gezielter Weise, dabei vermochte sie kaum einen wirklich ordentlichen Satz zu formulieren und brachte mitten hinein immer wieder ganz heterogene Dinge in ganz loser Ideenassoziation; ferner fiel dabei eine grosse Stereotypie der Antworten auf, z. B. fragte ich zu 3 verschiedenen Gelegenheiten die Angeklagte, woher Wolle stamme, und jedes Mal folgte wörtlich auf die an sich schon falsche Antwort der Nachsatz, dass ihre Mutter auf die und die Art auch schon Wolle geerntet habe.

Im Vordergrund der deutlichen scheinbaren Störungen stand der gänzliche Verfall des Gedächtnisses: wenn Frau W. behauptete, sie sei noch nie bestraft, habe noch nie im Gefängnis gesessen, so erscheint mir ein Erinnerungsdefekt in dieser Ausdehnung nicht glaubhaft, auf gleicher Stufe stehen augenscheinlich zahlreiche der im 2. Teil des Gutachtens beschriebenen Aussagen der Angeklagten, aber auch hier muss auffallen, dass die Angeklagte über manche Perioden des früheren Lebens doch noch Angaben, wenn auch lückenhafte, machte. Mitunter wurden diese geradezu phantastisch, dazu rechne ich auch die 2 mal in den Akten festgelegte Aussage der Angeklagten, sie sei nur einmal vorbestraft mit 7 Jahren Zuchthaus wegen Brandstiftung. Es haben mir allerdings nicht alle Akten, die über die Angeklagte im Laufe der Jahre erwachsen sind, zur Verfügung gestellt werden können, aber das steht fest, dass die Angabe betr. 7 Jahre Zuchthaus wegen Brandstiftung absolut unwahr ist, während Frau W. noch öfter in Anklage gestanden hat, als ich in vorliegenden Gutachten aktenmässig habe verarbeiten können. Die zweimalige gleichlautende Aussage vermag ich nicht zu erklären, es wäre aber nicht unmöglich, dass sie nicht unter die ganz bewussten Unwahrheiten zu zählen ist. Die ganze Art und Weise des Verhaltens der Angeklagten ist gelegentlich einem Richter schon als sicher nicht normal aufgefallen.

Eine Bestätigung für das Vorhandensein eines wirklich sehr schlechten Gedächtnisses war mir die Angabe einer kranken Dame, an deren absoluten Zuverlässigkeit ich keinen Augenblick zweifle; sie erzählte auf vorsichtiges Fragen hin, dass sie mit Frau W. ganz nett verkehrt habe, diese litte allerdings an Anfällen und hätte ein auffallend schlechtes Gedächtnis, Namen-

gedächtnis. Dafür sprach ferner noch die absolute Unfähigkeit der Angeklagten, die Namen Sch. und E. zu behalten, der erstere war stets „der Konditor“, der zweite „der Mann, der das Milchgeschäft hat“. Diese Umschreibungen erfolgten absolut prompt und stereotyp, und auf gelegentlich einmal erfolgtes Drängen, den wirklichen Namen des Konditors zu nennen, brachte sie ihn verstümmelt vor. Der Name der H. hat der Angeklagten nie gefehlt.

Sehr skeptisch zu beurteilen sind natürlich die total negativen Ergebnisse bei jeder Prüfung auf Rechenkünste. Frau W. versagte effektiv bei jedem noch so kleinen Versuch und auch diese negativen Ergebnisse hätte ich wohl zum grössten Teil der Absicht einer Täuschung zugeschrieben, wenn nicht ganz im Gegensatz zu diesem Manko Frau W. mit barem Geld ganz leidlich gerechnet hätte: ich habe sie mehrmals Silber- und Nickelgeld zusammenzählen lassen und sie machte sich augenscheinlich mit Eifer an die Aufgabe und teilte mit Befriedigung das stets richtige Resultat mit. Diese Inkongruenz scheint mir daher doch dafür zu sprechen, dass ihre Fähigkeiten, im Kopf oder auf Papier zu rechnen, tatsächlich höchst minderwertige sind, es lässt sich darauf wohl gut der Satz von Prof. Kraepelin anwenden „die begrifflichen Gedankengänge treten zurück gegenüber dem Greifbaren, Alltäglichen“. Aehnlich zu beurteilen ist es auch, wenn die Angeklagte auf die Aufforderung hin, Farben zu nennen, keine einzige „aus dem Kopf“ nannte, sondern ganz unauffällig ihre ganze Umgebung ansieht und deren Farben nennt, rot und schwarz ihr Kleid, grün die Tischdecke usw., schliesslich braun und grau die Bücherbände. Auch hier war es augenfällig, wie die Angeklagte begrifflich nicht genügend denken konnte, um eine Anzahl Farben zu nennen, sondern erst auf Grund sinnfälliger, direkter konkreter Beobachtung dazu imstande war.

Ich muss zum Schluss noch betonen, dass meiner Ansicht nach garnicht alle falschen Angaben der Angeklagten als bewussterweise zum Zweck der Täuschung gemacht anzusehen sind; ganz abgesehen davon, dass Epileptiker überhaupt gern in krankhafter Weise lügen und übertreiben, so ist in diesem Falle eine genaue Scheidung zwischen dem, was bewusste Lüge, und dem, was wirkliches Nichtwissen oder Falschwissen ist, ganz unmöglich, die Grenze liegt meines Erachtens aber weit im Pathologischen.

Ich fasse kurz zusammen: Frau W. entstammt einer schwer degenerierten und zu Straftaten geneigten Familie, mit Eintritt der Pubertät treten bei ihr die ersten abnormen Erscheinungen auf, sie leidet an Krämpfen und beginnt von der Zeit an ein Leben, das sie fast ununterbrochen mit den Strafgesetzen in Konflikt bringt; zweimal wird sie der Irrenanstalt überwiesen, zahlreiche Male von verschiedenen Gutachtern für geisteskrank erklärt und deshalb nicht bestraft, schliesslich der Irrenanstalt zu einer erneuten Beobachtung überwiesen. Das Ergebnis dieser Beobachtung fasse ich dahin zusammen: Frau W. leidet ganz zweifellos an einer schweren Krankheit, die sich in der Form von epileptischen Anfällen äussert, die ärztlicherseits beobachtet worden sind. Im Zusammenhang mit dieser Krankheit steht eine so hochgradige krankhafte Veränderung der psychischen Funktionen, dass die Angeklagte als krank im Sinne des § 51 St. G. B. anzusehen ist.“

Nach ihrer auf Grund dieses Gutachtens abermals erfolgten Freisprechung befand sich die W. wieder längere Zeit auf freiem Fusse und wurde von Kriminalbeamten vergeblich gesucht. Endlich gelang ihre Festnahme. Am 20. 2. 1906 wurde sie der Kieler Nervenlinik zugeführt: Ihr Mann und sie hatten gegen die Einlieferung protestiert, doch war von dem Regierungspräsidenten der Protest verworfen worden.

Die körperliche Untersuchung ergab folgenden Befund: 39jährige Frau von 1,68 m Grösse, 76 kg Gewicht, kräftigem Knochenbau, guter Muskulatur, und Ernährung, 37,3 Temperatur. Ueber der linken Augenbraue horizontal verlaufende kleine Narbe, ebenso am linken äusseren Augenwinkel, beide verschieblich, nicht druckempfindlich. Schädel frei von Druckpunkten. Linke Lidspalte kleiner als die rechte, beide Lider links der Wimpern beraubt. Altes Narbentrachom. Sehlöcher untermittelweit, links enger, rund, verengern sich gut bei Belichtung und Einwärtssehen. Augenbewegungen frei. Gesicht gleichmässig bewegt. Zunge weicht Spur nach rechts ab, zittert leicht, frei von Narben. Schlechtes Gebiss. Rachenreflex erhalten. Gaumenbögen gleichmässig gehoben. Hände zittern, zeigen beiderseits kräftigen Druck. Sehnenreflexe der Arme lebhaft. Ausgesprochenes Nachröten. Bauchdeckenreflexe fehlen. Gang sicher. Kein Schwanken bei Fuss- und Augenschluss. Kniescheiben- und Achillessehnenreflexe lebhaft. Zehenreflexe regelrecht. Tast- und Schmerzempfindung ungestört. Herzdämpfung nicht vergrössert. Töne laut, rein. Puls 72, regelmässig, von mittlerer Spannung und Füllung. Arterienwände weich. Lungen ohne besonderen Befund. Bauchorgane regelrecht. Zahlreiche Striae. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Oertlich und zeitlich vollkommen orientiert. Fühlt sich nicht krank. Sei hier ihrer Meinung nach, um auf ihren Geisteszustand untersucht zu werden. Sie habe 1905 in der Anstalt F. „simuliert“, sei 1904 auf schwindelhafte Aussagen, die sie dem Gerichtsarzte gemacht habe, entmündigt worden.

Von Geistes- und Nervenkrankheiten in ihrer Familie wisse sie nichts. Schon als Kind sei sie von der Mutter zum Stehlen angehalten worden. Sie sei dann mehrfach wegen Diebstahls mit Gefängnis und einmal wegen Kuppelei, verübt an ihrer jüngsten Tochter, mit Zuchthaus bestraft worden. Schwestern von ihr seien ebenfalls mit Zuchthaus bestraft, trieben sich als Kontrolldirnen herum; 1 Schwester sei verheiratet und unbestraft.

Sie selbst habe in der Schule wenig gelernt, weil sie wegen häufigen Augenleidens viel gefehlt habe. Trotzdem seien ihre Zeugnisse gut gewesen. Als kleines Kind Keuchhusten, mit 12 Jahren Diphtheritis. In der Schule habe sie nie etwas weggenommen. Sie habe auf Befehl der Mutter vom Obstmarkt Waren gestohlen, sei nie dabei gefasst worden.

Nach Konfirmation als Dienstmädchen in Stellung, habe sich gut geführt, war $\frac{3}{4}$ Jahr in der ersten Stellung, kam dann zum Kaufmann A., wo 5 Kinder waren. Am Sonnabend trat sie den Dienst an, am Sonntag ging die Herrschaft aus. Sie spielte mit den Kindern und brachte sie zu Bett. Als die Herrschaft wiederkam, musste sie aus festem Schlaf geweckt werden. — Sie hatte sich, wie sie meint, aufs Bett gelegt. — 2 Kinder wurden tot aufgefunden. Nach

einigen Tagen Erbrechen bei Pat., kam ins Krankenhaus, wusste nicht, weshalb. Hier sei der Magen mehrfach ausgepumpt worden, bekam Medizin, blieb $\frac{1}{4}$ Jahr dort. In dieser Zeit Anfälle, angeblich infolge des Schrecks und des Magenspülens, jedesmal, wenn sie sich ärgerte. Merkte nicht, wenn ein Anfall kam, wurde nur rot, manchmal schwindlig; legte sich dann hin, weil sie wusste, dass ihr etwas bevorstand. Dann Krämpfe, kein Zungenbiss, kein Einnässen, zweimal Verletzung im Gesicht, einmal am Fuss durch Verbrühung mit Wasser, weil sie vom Anfall überrascht wurde. Wisse nichts von Zuckungen. Anfälle in Zwischenräumen von 1—4 Wochen, manchmal auch in Pausen von $\frac{1}{2}$ Jahr, von 1884 an. Seit jetzt 13 Jahren frei von Anfällen!

1884 Heirat mit 16 Jahren. Glückliche Ehe. Vor jetzt 4 Jahren Ehe gebrochen; der Mann bestraft, weil er den Einwohner, mit dem sie geschlechtlich verkehrte, prügelte, mit 3 Wochen Gefängnis; Dauer des geschlechtlichen Verkehrs mit dem Einwohner $\frac{1}{4}$ Jahr.

1885 wegen Körperverletzung mit 10 M. Geldstrafe und 2 Tage Gefängnis; Streit mit den Nachbarn, welche angeblich die Geschwister der Pat. geschlagen hatten, und Prügelei, Pat. sei unschuldig gewesen, die anderen hätten erst geschlagen.

1886 wegen Körperverletzung 1 Monat Gefängnis: Schlägerei mit denselben Nachbarinnen und einem Ehemanne, wieder wegen der Schwestern. Schlägerei auf dem Boden. Berufung beim Oberlandesgericht Kiel, bekam die Strafe erlassen; sie sei wohl als sehr jung befunden worden.

1886 gleichfalls bestraft wegen Betrugs mit 3 Tagen Gefängnis. Habe die Schneiderin um den Macherlohn für ein Kleid betrogen, weil die Schneiderin das Kleid so schlecht gemacht hatte und Pat. selbst zu jung war, um sich die Sache zu überlegen. Ihr Mann habe sie dafür geschlagen.

1888 Betrug, Unterschlagung und Körperverletzung: 6 Wochen Gefängnis. Strafe abgesessen. Hatte einen Grünladen eingerichtet. Das Geschäft wollte nicht gehen, sie beschloss mit ihren Sachen auszurücken. Wurde dem Hausherrn gemeldet, dieser erschien und es gab eine allgemeine Schlägerei. Ferner Uhr auf Teilzahlung genommen, dann versetzt.

Im selben Jahre vom Schöffengericht wegen Diebstahls 4 Wochen Gefängnis. Hatten sich ein Zimmer gemietet bei der Inhaberin eines Geschäfts, der sie halfen. Pat. stahl dieser eine goldene Uhr. Sagt als Grund: Der Mann war krank, hatte keine Krankenkasse, sie hätten nicht wohnen bleiben können, wenn sie nicht die Miete bezahlten.

1889 wegen Hehlerei 6 Monate Gefängnis. Sass davon 6 Wochen ab, wurde wegen Schwangerschaft und Krampfanfällen vor der Zeit entlassen. Hatte sich in G. mit einem Mädchen angefreundet, besorgte dieser eine Stellung, diese stahl und gab ihr davon ab. Sie hatte es gar nicht nötig. Ihr Mann hatte gute Stellung, die geschenkten Esswaren habe sie sogar weggeworfen. Ihre eigene Schwester habe sie angezeigt. Wisse nicht, weshalb sie die Sachen angenommen hätte, habe keine Entschuldigung.

13 Geburten in der Zeit von 1885 bis 1902, ausserdem mehrere Fehlgeburten. 1 Tochter, jetzt 14 Jahre alt, am Leben. Von den 13 Geburten

10 Totgeburten; von den anderen 1 im Alter von mehreren Stunden an Lebensschwäche gestorben, 1 mit $3\frac{1}{2}$ Jahren an Knochentuberkulose und Lungen-erweiterung. Alle Geburten schwer, meist Querlage. 3 Kinder totgemeisselt, die übrigen Steissgeburten. Leugnet, sich jemals selbst die Frucht abgetrieben zu haben.

1891 wegen Betrugs 6 Monate Gefängnis abgesessen: Hatte Uhr auf Teilzahlung genommen und versetzt. Wegen Schwangerschaft vorzeitig entlassen. Gibt als Grund der Tat an, es sei ihr schlecht gegangen.

1893 Ladendiebstahl. Will erst nichts von da wissen, sagt dann, sie habe bei einem Herrn B. unter falschem Namen Sachen gekauft. Wurde für geisteskrank erklärt. Kein Termin.

Behauptet, ihre früheren Angaben und Entschuldigungen mit Nerven- und Geistesschwäche, als ob sie zu Zeiten des Unwohlseins und der Anfälle unsinniges Zeug zusammen kaufe, seien nicht wahr gewesen. Das habe sie nur so gesagt, um frei zu kommen. Jetzt wolle sie vom Irrenhause freikommen. Sie habe die Tragweite ihrer früheren Ausreden nicht überblickt.

Erzählt plötzlich wieder eine Geschichte, nach der sie in einen Ladendiebstahl ihrer Mutter und Schwester mitverwickelt wurde. Der Physikus habe sie damals untersucht. Meint dann, die Sache sei wohl 1896 gewesen. Sie hatte damals ein Unterleibsleiden vom Wochenbett her, kam ins Krankenhaus und dann in die Irrenanstalt zur Beobachtung. Wurde von dort wieder entlassen.

1901 Anklage wegen Betrugs, Kurpfuscherei und Abtreibung: Sie legte Karten, bekam dadurch Feinde. Massierte 2 ältere Damen wegen Rheumatismus in den Beinen, das sei als Kurpfuscherei ausgelegt worden. Auch wurde gesagt, sie habe sich selbst ein Kind abgetrieben, sie sei aber gar nicht schwanger gewesen. Wurde verhaftet. Ein Arzt hielt sie nicht für geisteskrank. Auf Veranlassung von Dr. W. kam sie in die Irrenanstalt und entwich nach 4 Wochen, weil sie sich schwanger fühlte; lief zu ihrem Ehemanne. Dr. Sch. untersuchte sie dort; man liess sie auf freiem Fuss.

1902—1903 Kuppelei-Sache: Da sie eine grosse Wohnung hatten, vermieteten sie an Mädchen, die vom Geschlechtsverkehr lebten. Ihr Mann bekam 6 Wochen. Sie wurde auf Veranlassung von Dr. Sch. als geisteskrank freigesprochen. Sagt, sie habe sich nur durch Verbrechen aus der Not helfen wollen. Geisteskrank sei sie nicht gewesen.

Einmal habe sie in verschiedenen Geschäften Waren genommen und diese versetzt. Dem Dr. Sch. habe sie mit Willen sinnlose Antworten gegeben. So habe sie ihm von Brandstiftung und einer abgesessenen 7jährigen Zuchthausstrafe gesprochen, um etwas zu sagen.

Juni 1903 sei ihr eine auf Abzahlung genommene Uhr, die sie versetzen wollte, gestohlen worden. Ihr Mann habe Anzeige erstattet. Sie sei dann vom Kaufmann N. verklagt, aber als geisteskrank freigesprochen worden. Der Gerichtsarzt Dr. N. untersuchte sie in ihrer Wohnung und schlug dem Manne Entmündigung vor, damit sie mit den Gerichten nichts mehr zu tun habe.

1903 Klage eines Instrumentenmachers Sch.: Hatte 1900 ein Klavier auf Miete genommen und sollte es versetzt haben. Sie habe damals „mit Willen viel Unsinn gequatscht“ von Versetzen, Abzahlen von Geigen, Spielklavieren usw. Sie wollte geisteskrank erscheinen. Wurde „nach § 51“ freigesprochen.

10. 5. 1904 sei sie entmündigt worden. Ein Uhrmacher R. wurde Vormund, Gegenvormund ihr Mann. Betont, sie habe sich nicht entmündigen lassen, um neue Straftaten zu verüben, sondern um von alten Sachen freizukommen, sie hatte noch viele Strafen vor sich wegen Kuppelei usw.

Jetzt denke sie anders. Wenn sie auch zehn Jahre Zuchthaus absitzen müsse, so wolle sie das lieber, als unter kranken Leuten sein. Wenn sie ihre Strafe absitze, bekomme sie auch ihre Ruhe und ihren Frieden wieder. Dann habe sie gesühnt, was sie verbrochen habe.

Auf Aufforderung zeigt sie, wie sie ihre „Anfälle“ auf Wunsch bekommen habe: Streckt sich im Bette, Kopf etwas nach hinten, verdreht die Augen, macht Schüttelbewegungen mit Armen und Beinen.

Am 21. 2. zur Behandlung des Trachoms in die Augenklinik verlegt. Am 19. 4. von dort wieder zurück. Hatte sich die ganze Zeit durchaus geordnet betragen, keine Anfälle gehabt. Eine geistig gesunde Patientin, die dort Bett an Bett mit ihr gelegen hatte und sie später besuchte, erzählte, die Frau W. habe nur über ihre Augenkrankheit mit ihr gesprochen, über ihre eigenen Angelegenheiten nicht, habe nur gesagt, sie sei in der Nervenklinik, um elektrisiert zu werden. Sie habe der W. nie etwas Besonderes angemerkt.

22. 4. Ruhig, willig, 'gleichmässig freundlich, beschäftigt sich fleissig, kehrt von einem Urlaub nach Hause freiwillig zurück. Erklärt, ihre Absicht sei, hier für gesund erklärt zu werden. Es sei nicht wahr, dass sie ihre Tochter zum Bösen verleitet habe, sie wolle diese rein halten und büssen, was sie verbrochen habe. Beim Urlaub sei sie zum Abendmahl gegangen und habe das Grab ihres kleinen Sohnes auf dem Friedhof besucht.

Ueber ihre früheren Krampfanfälle gibt sie an, sie habe diese stets Abends gemacht, wenn keine Aerzte da waren; dann hätten die Wärterinnen es in die Bücher eingeschrieben.

27. 4. Hilft eifrig bei der Hausarbeit, andauernd ruhig und geordnet. Gibt auf Befragen klar und sachgemäss Antworten. Weiss ziemlich genau die Daten ihrer Vorgeschichte.

1. 5. Ausser gelegentlichem Brennen in den Augen keine Beschwerden. Fortgesetzt gleichmässig willig und heiter, völlig geordnet.

6. 5. Sagt auf Befragen, Ende 1904 sei die Anklage wegen Kuppelei gewesen, der Mann war auch verklagt. Nicht bestraft auf Gutachten von Dr. Sch. hin. 1905 Vernehmung in Sachen der H. vor dem Untersuchungsrichter. Leistete nicht den von Frau H. verlangten Meineid. Hatte 300 M. dafür erhalten. Wegen dieser Sache nach Irrenanstalt zur Beobachtung. Machte dort den Pflegerinnen Anfälle vor, 3mal. Oefter absichtlich sehr gelacht. Auch in Gegenwart des Arztes. Habe sich so verhalten, wie eine Kranke sei. Habe es an anderen Kranken gesehen, habe auch viele Krampf-

anfalle gesehen. Schildert das selbst: „Schreien auf, kriegen Schaum vor dem Mund, schlagen hin, sprechen wirr, wenn sie so aufkommen, sind sie den Tag noch nicht zu gebrauchen, sind matt“.

Sei von der Irrenanstalt am 12. 9. 1905 entlassen worden, war zu Hause beim Manne, hatte Stellen als Reinmachefrau und ging zur Aushilfe. Im November kam ein Schutzmann in die Wohnung und frug, ob die Frau W. mit ihrer Tochter bei ihrem Manne sei. Sie sagte: Das bin ich ja selber! Am anderen Tage ging der Mann auf die Polizei, was das bedeuten solle. Bekam keine richtige Auskunft. 14 Tage später kamen Schutzleute und wollten sie abholen. Fragten nach der W. Sie sagte, Frau W. sei nach Danzig, sie sei nur die Schwester. Darauf gingen jene. Dieselbe Woche kamen Kriminalschutzleute morgens nach 6 Uhr, sie versteckte sich im Kleiderschranke. Die Tochter sagte, die Mutter sei in Danzig. Sie wurde nicht gefunden, blieb bis zum 31. 1. 1906 unbehelligt. Ging nicht aus der Wohnung. Die Nachbarn meinten, sie sei in der Augenklinik. Schliesslich wurde sie von ihrer Schwester angezeigt, auf dem Markte einen Korb Birnen gestohlen zu haben. Entschloss sich nun, der eingehenden und vom Manne angenommenen Vorladung nachzukommen. Bei der Verhandlung soll sich ihre Unschuld herausgestellt haben. Dagegen ward nun die Kriminalpolizei benachrichtigt, angeblich wieder von der Schwester, sie sei da. Ein Beamter erschien und nahm sie fest. Trotz ihres Protestes erfolgte die Ueberführung nach der Nervenklinik in Kiel. Die betreffende Schwester sei jetzt mit ihrem Zuhälter flüchtig nach England.

Erzählt dieses alles ruhig und geordnet, verfügt gut über die verschiedenen Daten, bleibt bei der Sache, schweift nicht ab, antwortet auch sachgemäss auf Zwischenfragen.

11. 5. Dauernd sehr fleissig, verträgt sich gut mit den anderen Kranken.

25. 5. Andauernd ruhig und geordnet, arbeitet fleissig. Korrespondiert mit ihrem Manne wegen eines Gesuchs um Entlassung aus der Klinik. Zeigt Einsicht und Verständnis für ihre Lage, sucht mit Geschick einen Ausweg aus derselben. Weint einmal nach Besuch des Mannes, sonst stets gleichmässige Stimmung. Keinerlei Anfälle. Keine Auffälligkeiten.

2. 6. Gibt ihre Personalien stets richtig an, ohne zu zögern.

(Wie alt?) „38 Jahre“.

(Wann geboren?) „1867, 10. Dezember“.

(Wie heissen Eltern?) „Vater Rudolf Ferdinand N.; Mutter Christine K.“

(Wann gestorben?) „Mutter 1902 im April, der Vater ist 10 Jahre tot“.

(Geschwister?) Die älteste Schwester Auguste K., geschieden von ihrem Manne, ist Arbeiterin, treibt sich umher, ist vielfach vorbestraft, hat uneheliche Kinder, eine Marie D., Eversführersfrau, vielfach wegen Diebstahls bestraft, zuletzt vor einem Jahr in A., im Mai freigekommen. Margarete N., unverheiratet, treibt sich umher, hat einen Zuhälter. Sonst keine Geschwister, 11 sind gestorben“.

(Mutter bestraft?) „Vielfach wegen Diebstahls, einmal wegen schwerer Kuppelei der eigenen Tochter mit einem Jahr Zuchthaus. Das hat sie aber

zu Unrecht bekommen. Die betr. Tochter war die Grete N. Es ist ein Jahr her. Sie ist in A. bestraft worden“.

(Wo zur Schule?) „In A., in der S.-Strasse. Ich hatte eine Lehrerin Frl. Hansen und einen Lehrer Herrn Kreuzfeld.“

(Wann?) „Vor 26 Jahren. Bin mit dem 13. Jahre konfirmiert, noch keine 14 Jahre“.

(Gut gelernt?) „Nein, hatte immer schlimme Augen. Konnte die Schule nur wenig besuchen“.

(Später gelernt?) „Bin schon auf Stelle gewesen, wie ich noch zur Schule war, bei Herrn Dr. S., Zahnarzt, B.-Strasse“.

(Spätere Stellen?) „Von da bei Milchmann M. in E., P.-Allee, da waren 3 Knechte, der Mann war gelähmt. 2 Kinder. Ich habe immer alles machen müssen. Ich habe immer schwere Stellen gehabt. Von da bei M., Tapeten-geschäft, in H. . . . twiete, bin 3 Monate dageblieben, bin weggekommen, weil ich billigeres Brot einkaufte, als ich Geld bekam, und den Ueberschuss dafür verwendete, um mir Brot zu kaufen. Ich bekam zu wenig zu essen. Von da zu Herrn Senator R., bin 2 Monate dageblieben, wurde krank. Von da nach Weinhändler S., nur zur Aushilfe. Vorher auch bei A., dort starben die Kinder und ich wurde auch krank. Von S. ab nur Aushilfsstellen bei v. T. in S.-Strasse und in E. . . . ich kann nicht auf den Namen kommen, es waren Franzosen, dann bei L. in Sch.-Strasse, dann bei Gerichtsvollzieher L. in A. Ich war da schon verheiratet, wie ich bei L. war“.

(Wann Heirat?) „1884, 11. Oktober“.

(Wen?) „Johann Heinrich W.“

(Kinder?) „Habe 13 Kinder gehabt, eins lebt davon, ist am 30. April 14 Jahre gewesen. Ist 1892 geboren“.

(Datum heute?) „2. Juni 1906“.

(Wochentage?) Richtig.

(Wie lange hier?) „Ich bin gekommen am 20. Februar, am 21. nach der Augenklinik“.

Sagt Wochentage und Monate vorwärts und rückwärts fliegend, richtig auf. Weiss, wieviel Stunden der Tag, Minuten die Stunde, Sekunden die Minute, Tage die Monate haben, meint nur, das Schaltjahr sei alle 5 Jahre.

(Wochen im Jahre?) 13 Wochen ist ein Vierteljahr, 26 Wochen ein Halbjahr — 52 Wochen.

(Tage im Jahr?) „Herr Doktor, das bringe ich nicht so schnell zusammen, die Rechnung . . . 366 Tage“.

Hat nach Monaten ausgerechnet. Weiss, dass das Schaltjahr einen Tag mehr hat.

(Wann Weihnachten?) „24. und 25. Dezember“.

(Ostern?) „Das ist verschieden. Dies Jahr haben wir Ostern am 15., 16. April gehabt“.

(Pfingsten?) „Immer 6 Wochen nach Ostern“.

(Warum wird es Tag und Nacht?) „Bei Nacht ist es dunkel, am Tage ist es hell, weil die Sonne sich dreht, geht im Osten auf, im Westen unter“.

(Wann Tage länger?) „Im Sommer ist er länger, weil es dann länger hell ist.“

(Wann nehmen die Tage zu?) „So Ende Januar.“

(Hamburg oder Kiel grösser?) „Hamburg.“

(Richtung?) „Von Hamburg nach Kiel nach Norden.“

(Wie finden Sie Himmelsrichtungen?) „Wo die Sonne aufgeht, ist Osten; wo sie untergeht ist Westen. Süden und Norden liegen gegenüber; Süden ist weiter ins Land hinein.“ (Zeigt nach der Richtung.)

(km?) „Das weiss ich nicht. Ist viel mehr wie andere Meter; das geht ja per Bahn.“

(Meile?) „Man kann in einer Stunde eine Meile erreichen.“

(qm?) „Ist $1\frac{1}{2}$ m.“

(m?) Zeigt richtig.

(Fluss bei Hamburg?) „An der Elbe.“

(Woher kommt die?) „Läuft in die Nordsee, kommt vom Rhein oder weiter da oben, wie nennt man das, bis zu Dresden da in die Höhe.“

(Flüsse in Deutschland?) „Oder, Rhein, Weichsel, liegt bei Danzig.“

(Städte an der Elbe?) „Cuxhaven, Glückstadt, Altona, Hamburg, Magdeburg, Dömnitz, Dresden.“

Weiss die Namen ihrer Mitpatientinnen, der Aerzte und Pflegerinnen.

8×10 sind 80; 6×4 sind 24; 6×8 sind 48; 7×9 sind 75; 11×12 sind 120; 21 u. 38 sind 58; 8 u. 14 sind 22; 14 u. 26 sind 30; 19 u. 32 sind 51; 28 u. 44 sind 72; 36 u. 25 sind 51; $21 - 4$ sind 17; $22 - 9$ sind 12; $58 - 12$ sind 46; $87 - 19$ sind 68; $43 - 17$ sind 26; 123 u. 235 u. 537 sind

(16 M.? Fr., wenn 4 M. gleich 5 Fr.)

(Wenn man an 1 Tag 2,50 M verdient, wieviel im Monat?) „65 M.“

(6 Mann machen eine Arbeit in 4 Tagen, in welcher Zeit 3 Mann?)

„12 Tage.“

$\frac{2}{3}$ m sind ? cm) „15 cm.“

($\frac{3}{4}$ M. ? Pf.) „75 Pf.“

(Bäume im Walde?) „Tannen, Buchen, Eichen, Linden, Eschen.“

(Unterschied von Eiche und Tanne?) „Tanne hat Nadeln, Eiche hat zackige Blätter.“

(Früchte auf dem Felde?) „Kartoffeln, Weizen und Roggen, Rüben, Kohl, Wurzel, Sauerampfer, Spinat.“

(Religion?) „Evangelisch.“

(Andere Religionen?) „Katholisch, jüdisch, Menoniten, Baptisten-Gemeinde.“

(Unterschied?) „In der Kirche. Die Juden haben ihren Feiertag Sonnabend. Katholische haben sehr viele Feiertage.“

(Luther?) „Das war ein Dichter; nein, der hat die Bibel übersetzt.“

(Was bedeutet Weihnachten?) „Da ist Christi geboren.“

(Was Ostern?) „Ist Christi wieder auferstanden.“

(Was Taufe?) „Dass man den heiligen Glauben kriegt.“

- (Wer war Schiller?) „Ein Dichter.“
 (Gedichte von ihm?) „Nein, Herr Dr. mehr Theaterstücke: Die Räuber und Maria Stuart.“
 (Kaiser?) „Wilhelm II.“
 (Regiert seit?) „18 Jahren.“
 (Wer vorher Kaiser?) „Friedrich, vor dem Wilhelm I.“
 (Hauptstadt von Deutschland?) „Berlin.“
 (Staaten in Deutschland?) Versteht die Frage nicht.
 (Länder in Deutschland?) „Oldenburg, Hamburg, Lübeck, Bremen, Württemberg, Ostpreussen, Westpreussen.“
 (Hauptstadt von Bayern?) „München.“
 (von Sachsen?) „Dresden.“
 (Was war 1870?) „War Krieg mit Frankreich.“
 (Schlachten?) „Strassburg: sind bis Paris hineingegangen.“
 (Schlacht bei Leipzig?) — —
 (Gustav Adolf?) „Früherer Kaiser von Bayern.“
 (Waffengattung?) Pioniere, Kürassiere, Garde, Artillerie, Husaren.“
 (Zweck der Soldaten?) „Wenn Unfriede ausbricht, um uns zu beschützen.“
 (Parteien?) „Sozialdemokratie, weiss garnicht, wie sich die anderen Parteien nennen.“
 (Wozu Gerichte?) „Um Gerechtigkeit zu halten.“
 (Warum wird man bestraft?) „Weil man etwas getan hat, wenn man stiehlt oder sonst was macht.“
 (Wer gibt die Gesetze?) „Vom Reichstag.“
 (Unterschied von Staatsanwalt und Rechtsanwalt?) „Rechtsanwalt verteidigt einem sein Recht, Staatsanwalt prüft und bestraft einen.“
 Die Geldstücke kennt sie alle.
 (Warum Papiergeld?) „Vom Reich aus. Wenn man nicht soviel Silber hat und Gold.“
 (Pfund Blei oder Pfund Federn schwerer?) „Ist wohl Beides egal.“
 (Wozu Steuern?) „Um den Staat zu erhalten, Militär und anderes für den Staat.“
 (Zinsen?) „Wenn man Kapital aufnimmt, muss man es verzinsen.“
 (4. Gebot?) Richtig.
 (Pflichten gegen Mitmenschen?) „Um sie zu schützen und sie in Not beizustehn.“
 (Wie kann man Menschen an der Ehre kränken?) „Wenn man ihm was Unwahres nachsagt, was er nicht begangen hat, und schlechte Wörter sagt.“
 (Wie finden Sie Ihr Glück?) „Ich bin verheiratet und lebe recht zufrieden mit meinem Mann und habe ein Kind, das ich herzlich lieb habe.“
 Antwortet bei dieser ganzen Unterrednung rasch, ruhig und geordnet. Immer fleissig bei der Hausarbeit und unauffällig.
 4. 6. Freut sich über den Besuch ihres Mannes. Dieser gibt zur Vorgeschichte noch an: Er kenne seine Frau seit 24 Jahren. Ihr Vater sei ein

ordentlicher und strebsamer Mann gewesen, Chausseewärter. Die Mutter sei nicht lobenswert gewesen, sei wiederholt wegen Diebstahls bestraft, zuletzt vor 9 Jahren. Seit 6 Jahren sei sie tot. Kuppelei habe sie nicht begangen. Die älteste Schwester seiner Frau und deren Tochter seien Umhertreiberinnen. Oft wegen Unzucht, Kuppelei, Diebstahls bestraft. Auch die 2. Schwester, Frau D., sei häufiger wegen Diebstahls bestraft. Die 3. Schwester habe wiederholt Zuchthaus und Gefängnis gehabt wegen Unzucht, Diebstahls u. dergl.

Bevor er seine Frau kennen lernte, solle sie ganz gesund gewesen sein. Als sie bei A. in Stellung war, habe sie „vor Schreck“ ihre Krankheit bekommen. Wie die Kinder vergiftet wurden, habe sich nie herausgestellt. Nach Ansicht der Aerzte sei seine Frau mitvergiftet gewesen. Als er sie 1884 heiratete, habe er besondere Erlaubnis gebraucht, da sie erst 15 Jahre alt war. Sie habe seit der Vergiftungsgeschichte Anfälle gehabt. Der Kopf war ganz hinten auf dem Rücken, die Brust gewölbt. Kein Schaum vor dem Munde, kein Zungenbiss, kein Einnässen, Zuckungen im ganzen Körper, bewusstlos. Nachher Kopfschmerzen, keine Erinnerung, war 2 Tage ganz kaput. Vorher öfter verwirrt mit stierem Blick; manchmal ging das dann ohne Krämpfe vorüber. Im Anfall mal ganz weiss, mal rot. Krämpfe kamen mitunter öfter die Woche, mitunter 3 Wochen nicht. Seit 4 Jahren habe sie keine Krämpfe mehr. Er habe welche zuletzt 1900 gesehen, aber nicht mehr so schlimm, wie früher. Von 13 Kindern alle bis auf 1 klein gestorben. Mann habe 1882 Syphilis gehabt und Schmierkur gebraucht. Was seine Frau alles begangen habe, wisse er nicht mehr so genau. Anfangs habe sie ihre Strafen abgesessen, nachher habe sie nicht für zurechnungsfähig gegolten.

1904 sei ihm geraten worden, seine Frau entmündigen zu lassen. Er habe selbst seine Frau nicht für geisteskrank gehalten, wie er eingestehen müsse. Damals habe er freilich anders ausgesagt. Ihm gegenüber habe sie sich nie krank gestellt. Er meine, sie habe auch zu den Aerzten in seiner Gegenwart richtig gesprochen. Dagegen habe sie in der Irrenanstalt bei der Beobachtung auf jeden Fall simuliert. Damals habe sie keine Krämpfe mehr gehabt, nur vorgemacht.

In der Zeit vor 1900 sei sie öfter stundenlang verwirrt gewesen, habe unnötige Sachen gekauft. Er habe es an ihren starren Augen gemerkt. Durcheinander gesprochen habe sie nicht.

Bei allen diesen Angaben ist er sehr schwankend und unsicher, macht einen wenig glaubwürdigen Eindruck.

5. 6. Pat. erzählt selbst, sie habe mit dem Gerichtsarzte in Gegenwart ihres Mannes vernünftig gesprochen, sonst in kindlicher Weise. Auf Aufforderung macht sie diese kindliche Sprechweise vor, die sie verschiedentlich angenommen habe.

11. 6. In den letzten Tagen etwas gedrückter Stimmung, da die Gelegenheit ihrer Entlassung schon längere Zeit schwebt und keine Fortschritte macht. Ist aber andauernd fleissig, willig und geordnet. Verträgt sich gut mit ihrer Umgebung.

13. 6. Wird in der Vorlesung über forensische Psychiatrie von Geh. Rat Siemerling vorgestellt, soll laut Verabredung erst in kindlich gemachter Weise auf Fragen antworten, wie während ihrer Begutachtung in der Irrenanstalt F., dann auf gegebenes Zeichen einen „epileptischen Anfall“ vorführen, darauf zum Schlusse vernünftig reden. Führt ihre Rolle ausgezeichnet durch, so dass die Hörer von ihrer Krankheit zunächst überzeugt sind.

(Wie heissen Sie?) „Frau W.“ (in geziert alberner, etwas kindlicher Sprechweise, zupft am Kleide.)

(Wie alt?) „58 Jahre.“

(Wo geboren?) „In Königsberg.“

(Wann?) „11. Oktober.“

(Wo hier?) „Ja, ich bin hier zur Erholung.“

(Haus?) „In der Villa.“

(Wielange hier?) „2 Jahre.“

(Oho!) Lacht gellend.

(Messer vorgezeigt:) „Das ist ein Griffel.“

(Schlüssel?) „Das ist der Geldschrankschlüssel, der ist mir fortgenommen.“

(Portemonnaie:) „Das ist mein Portemonnaie.“

(Schon bestraft?) „Nur 7 Jahre Zuchthaus habe ich gehabt.“

(Was getan?) „Ich hab' ein Haus angesteckt.“

(Menschen verbrannt?) „Pferde!“ (Lacht gellend.)

(Wo hier?) „Altona.“

(An welchem Fluss?) „An der Spree.“

(Fliesst wohin?) „In die Nordsee.“

(Von Berlin gehört?) „Ja, unser Kaiser.“

(Heisst?) „König der 3.“

(Wovon König?) „König von Schleswig-Holstein.“

(Was ist das?) „'ne Stadt, so gross wie Altona.“

(Wieviel Einwohner?) „4500.“

(Berlin?) „1000.“

(Wo geht die Sonne auf?) „Im Norden.“

(Unter?) „Im Osten.“

(Stunden der Tag?) „6.“

Im Anfalle stürzt sie richtig hin, liegt erst starr, zuckt und schüttelt dann, bäumt sich aber nicht auf, hat die Hände geballt. Schaum vor dem Munde! Zwinkert mit den Augen. Steht dann auf und erzählt, wie sie das macht.

15. 6. Wird in der Klinik mit derselben Verabredung vorgestellt:

(Wie heissen Sie?) „W. heiss ich.“ (Mit hoher Stimme in kindlichem Tonfall, einfältigem Gesicht, wie verlegen.)

(Wie alt?) „58 Jahre.“

(Weshalb hier?) „Ich soll mich hier erholen.“

(Wo hier?) „In Altona.“

(Gebäude?) „In einer Villa bin ich.“

Bekommt einen Anfall von laut gellendem Lachen, macht ganz verstörtes Gesicht. Lacht anhaltend.

(Warum freuen Sie sich?) „Alle Kinder sind da.“

(Wo sind die?) „Im Himmel.“

(Das freut Sie?) „Ein Kind ist lebendig begraben.“

(Schlüssel vorgezeigt:) „Mein Geldschlüssel.“

(Ring:) „Meiner Mutter Ring.“

(Messer:) „Griffel, mit 'nem Messer dran.“

(Portemonnaie:) „Mein Portemonnaie, das haben sie mir weggenommen.“

(Uhr:) „Meine Uhr, die habe ich immer gehabt, die ist mir weggestohlen.“

(Strafen?) „Ich habe 7 Jahre Zuchthaus gehabt!“ (Lacht wieder gellend und noch länger.)

(Was ist Altona?) „Ist 'ne Kirche, hier von aus dem Fenster ist 'ne Kirche.“

(Kaiser?) „Der 4.“

(Name?) „Friedrich.“

Auf ein Zeichen (Taschentuch herausgezogen) stürzt sie hin, Körper steif, Arme gestreckt, dann Zuckungen, schlägt mit den Füßen den Boden, Daumen eingeschlagen, Schaum vor dem Munde, Augen aufgerissen. Dann wie benommen. Auf Anruf steht sie auf, ist völlig geordnet. Erzählt lächelnd bei Befragen, sie „mache“ solche Anfälle seit 20 Jahren, vorher habe sie wirkliche Anfälle gehabt und zwar im Wochenbett und nach Aufregungen. Dass auch ihre Mutter und Schwestern Krämpfe gehabt hätten, habe sie erfunden; das sei nicht wahr.

21. 6. Nach einer Bemerkung in den Entmündigungsakten befragt, als ob der Mann wegen ihrer Unfähigkeit eine Haushälterin hätte nehmen müssen, erklärt sie lachend: „Niemals, nein, wir haben zu der Entmündigungszeit keine Hilfe gehabt. Ich habe alles allein gemacht.“ Ihr Mann habe wohl alles etwas schlimmer dargestellt. Meint, sie habe sich ihrem Manne gegenüber zur Zeit der Entmündigung auch etwas dümmer gestellt. Sie habe ihm das erst neulich eingestanden, als er sie besuchte. Der Mann habe wohl wirklich geglaubt, dass sie geisteskrank sei. Die Tochter freilich habe ihre Verstellung bemerkt. Was die dabei gedacht habe, wisse sie nicht. Vor Gericht habe sie nie wirkliche Krämpfe gehabt, sie habe das nur vorgemacht. Wie sie ihre letzte Strafe wegen Hehlerei vor 15 Jahren abgesessen habe, da habe sie von den 6 Monaten nur 6 Wochen abzumachen brauchen, weil sie hochschwanger war und Krämpfe hatte. Seit gut 10 Jahren aber habe sie keine Anfälle mehr. Da habe sie die Anfälle nur gemacht.

Zum ersten Male habe sie sich verstellt, als die Tochter 1892 geboren war und sie dieselbe nicht gern verlassen wollte und eine Strafe abzusitzen hatte. Damals markierte sie Krämpfe und habe irre geredet. Der Mann holte einen Arzt. Dieser stellte ein Attest aus, dass sie krank wäre, nicht geistesnormal und die Strafe nicht absitzen könnte. Jene Anfälle im Gefängnisse aber seien die letzten gewesen, welche sie wirklich gehabt habe.

Die wirklichen Anfälle früher hatte sie in der Schwangerschaft und nach Aerger bekommen. Deshalb sei sie einmal bei der Entbindung auch chloroformiert worden. Jene Anfälle habe sie vorher gemerkt; es sei ihr übel geworden und schwindlig, so dass sie sich meist legte. Während der Anfälle selbst sei sie bewusstlos gewesen. Nie habe sie sich verletzt, auf die Zunge gebissen oder eingenässt. Nachher habe sie sich matt gefühlt.

Die „gemachten“ Anfälle habe sie nachgeahmt, sich auch nach dem Anblick anderer Krampfkranker gerichtet. Jetzt wolle sie aber ein ordentliches Leben beginnen, werde absichtlich nie wieder mit Polizei und Gericht zu tun bekommen! Auch Anfälle werde sie nicht mehr vortäuschen, etwaige Strafen geduldig absitzen. Sie wolle sich zusammennehmen und der Tochter mit gutem Beispiel vorangehen.

Bei dem dauernden geordneten Verhalten der W. lautete das Urteil auf „nicht geisteskrank“. Sie wurde mit polizeilicher Genehmigung entlassen und ist anscheinend nicht wieder mit den Gerichten in Konflikt gekommen. Wenigstens sind nie Anfragen über sie in der Klinik eingelaufen. Auch ergaben unsererseits angestellte Erkundungen bei ihrer Heimbatsbehörde, dass sie nicht wieder bestraft wurde.

Epikrise: Der Fall W. ist im Laufe von 20 Jahren, von 1883 bis 1906, unzählige Male zur Begutachtung gelangt und hat eine vielfach wechselnde Beurteilung gefunden. Nur einen Teil der Akten und Gutachten habe ich hier verarbeiten können. Immerhin genügt wohl das Mitgeteilte, um ein abgerundetes Bild zu geben. Mit Bestimmtheit lassen sich Epilepsie und stärkerer Schwachsinn ausschliessen. Meines Erachtens ist es sogar kaum angängig, von einem leichten Schwachsinn zu sprechen. Die unleugbaren Lücken im Schulwissen dürften eher auf ungenügenden Unterricht zurückzuführen sein. Die Schlaueit, Beobachtungsgabe, Menschenkenntnis, Energie und Ausdauer der W. waren erstaunlich. Gewiss wird man einen hysterischen Einschlag anzunehmen haben. Allein wenigstens in den späteren Jahren traten die hysterischen Erscheinungen mehr zurück und Zustände nackter Simulation wechselten mit Zeiten völlig geordneten und, wie ich nicht anstehe zu erklären, geistesgesunden Verhaltens.

Die W. stammte aus höchst ungünstigen Verhältnissen. Mutter, Geschwister, Ehemann zeigten verbrecherische Neigungen und waren mehrfach bestraft. Sie selbst wurde schon als Kind von ihrer eigenen Mutter zum Stehlen angehalten. So ist es kein Wunder, dass sie ebenfalls früh mit den Strafgesetzen in Konflikt geriet und mehrfach ins Gefängnis wanderte. Allein nur anfangs liess sie sich verurteilen und sass die ihr zuerkannten Strafen wirklich ab. Später erkrankte sie regelmässig in der Untersuchung an „Anfällen“, bekam auch bei den Vorladungen solche und, nachdem sie erst einmal wegen „epileptischer“

Geistesstörung exkulpiert worden war, wiederholte sich das bei allen folgenden Verhaftungen regelmässig.

Sogar ob sie längere Zeit hysterische Krampfanfälle gehabt hat, ist nicht sicher festgestellt. Zuverlässige Schilderungen aus früherer Zeit sind nicht vorhanden, die aus späterer Zeit erwecken entschieden den Eindruck des Gemachten. Gleich bei ihren allerersten Anfällen im Jahre 1883 stand sie in dringendem Mordverdachte. In 3 Familien, wo sie als Kindermädchen tätig gewesen war, starben plötzlich 4 Kinder. Es wurde Vergiftung angenommen. Sie selbst betrug sich bei ihrem Verhöre auffallend gefühllos. Dazu kommt, dass sie das letzte Mal selbst unter Vergiftungserscheinungen miterkrankt sein wollte. Es ist da von Morphinumvergiftung die Rede, aber schliesslich gelangte man in dem Krankenhause, das sie aufgenommen hatte, zur Diagnose eines hysterischen Zustandes. Damals soll sie nun auch ausser allerlei Gesichtstäuschungen Krämpfe gehabt haben. Hier liegt die Annahme hysterischer Anfälle nahe.

Im Uebrigen sind wir hinsichtlich der Art ihrer angeblichen Anfälle fast ganz auf ihre und ihres Ehemannes Berichte angewiesen, und diese sind, wie die Betrachtung der gesamten Krankengeschichte lehrt, nicht nur ungenau sondern teilweise wissentlich falsch und daher zur Stütze einer Diagnose nicht zu verwenden. Während ihrer Beobachtung in der Irrenanstalt war sie so vorsichtig, nur in Abwesenheit der Aerzte Krampfanfälle zu bekommen. Angesichts ihrer verblüffenden Fähigkeit, epileptische Anfälle, die sie bei anderen gesehen hatte, nachzuahmen, kann den Pflegerinberichten keine Beweiskraft beigemessen werden. In Gegenwart der Aerzte hat sie nur zweimal Lachanfälle gehabt. Schon nach der Schilderung des Krankenblattes wäre ich da geneigt, mehr an Hysterie als an Epilepsie zu denken. Berücksichtigt man aber das eigene Geständnis der W., dass sie die Anfälle gemacht habe — und dazu berechtigt wohl die Tatsache, dass sie uns solche Anfälle auf Kommando vorzuführen vermochte, — dann wird es doch fraglich, ob nicht hier auch Simulation mit in Betracht zu ziehen ist.

Jedenfalls kann es sich, wenn überhaupt jemals echte Anfälle stattgehabt hatten, nur um ganz seltene Zustände gehandelt haben. Eine Verblödung und Charakterdegeneration infolge von Epilepsie, wie sie die verschiedensten Gutachter als sicher vorliegend angenommen haben, sind mit Bestimmtheit abzulehnen.

Prächtig ist die Geschicklichkeit, mit welcher den Untersuchern Schwachsinn vorgespiegelt wird. Namentlich während des als beliebten Schutzmittels auch hier wieder, wie so oft von Kriminellen, betriebenen Entmündigungsverfahrens weiss die W. Sachverständigen und Richter

von der Schwere ihrer geistigen Mängel völlig zu überzeugen. Die „enorme Merkfähigkeitsstörung“, welche der Erstere an ihr festgestellt zu haben glaubte, erschien so charakteristisch, dass darüber die Nichtbeobachtung epileptischer Anfälle nebensächlich erschien. Und dabei vermochte die W. noch 3 Jahre später die falschen Antworten zu nennen, auf Grund deren damals der Gutachter Gedächtnisschwäche und epileptische Demenz angenommen hatte!

Die W. war eben zu schlau, um in der plumpen Weise der Geistesgesunden Henneberg's die Geistesschwache zu spielen. Höchstens kann man sagen, dass ihr zeitweises kindisches Gebaren, welches an Moria oder Puerilismus erinnerte, dem Ganser'schen Vorbeireden nahe gestanden habe. Auf die engen Beziehungen zwischen diesen beiden hysterischen Zuständen habe ich bereits 1904 aufmerksam gemacht. Später hat dann Sträussler sich noch eingehender damit beschäftigt. Allein bei der W. hat man doch immer das Gefühl des Unechten und bewusst Gekünstelten. Ähnlich wie manche Hysterische Sensibilitätsstörungen und Gesichtsfeldeinschränkungen zur Schau tragen, indem sie immer etwas schlechter angeben, als sie in Wahrheit zu antworten fähig wären, ähnlich erwecken bei den Intelligenzprüfungen andere den Eindruck stärkerer Lücken, als der Wirklichkeit entspricht. Von der mehr oder weniger unbewusst infolge suggestiver Vorgänge irgend welcher Art sich entwickelnden schlechten Antwort bis hinüber zur absichtlichen Vortäuschung einer gar nicht vorhandenen Unwissenheit bestehen ohne Zweifel fließende Uebergänge. Oft ist es mehr Gefühlssache, als dass sich bestimmt entscheiden lässt, wo die Grenze gezogen werden soll. Bei der W. bin ich nicht nur wegen ihres Geständnisses sondern auch wegen der ganzen Art, wie immer wieder im geeigneten Momente die rettende Demenz vorgeschoben wurde, durchaus der Ansicht, dass sie nicht in einem hysterischen Ausnahmezustande, sondern mit klarer Ueberlegung ihre unrichtigen Antworten von sich gab. Sie hatte sich im Laufe der Jahre und der vielen Begutachtungen eine solch verblüffende Geschicklichkeit und Sicherheit angewöhnt, dass ihr Erfolg schliesslich nicht zu verwundern ist, zumal damals noch der Verdacht auf Simulation von Schwachsinn bei vielen Gerichtsärzten zu wenig gepflegt wurde.

Selbst bei der recht eingehenden Intelligenzprüfung in der Irrenanstalt F. wie sie während der 2. Aufnahme der W. dort stattfand, verstand sie es den Schein echten Nichtwissens zu erwecken. Ausgesprochen unsinnige Antworten vermied sie und übertrieb ihre intellektuellen Lücken so unauffällig, dass trotz des anfänglich entstandenen Verdachts auf Böswilligkeit ihr Gesamtverhalten dem psychiatrischen Sachverständigen die Ueberzeugung von ihrem Schwachsinn aufdrängte.

In dieser Beziehung erinnert die W. an den von E. Schultze erwähnten Fall eines X., der volle 9 Monate in der Anstalt so geschickt Schwachsinn simuliert hatte, dass er sogar alte und erfahrene Irrenärzte zu täuschen imstande war. Schultze berichtet über ihn: „Was er bot, entsprach durchaus allen klinischen Anforderungen und ich möchte mich nicht frei davon sprechen, dass ich mich heute bei gleicher Sachlage wieder täuschen werde“. Allerdings hatte sich Schultze im Falle X., wie er einräumt, mit dem Studium der Vorakten begnügt und unterlassen, durch eigene Erkundigungen die dort enthaltenen Angaben nachzuprüfen. Auf diesen wesentlichen Punkt hatten wir bereits weiter oben besonders hinzuweisen Gelegenheit gehabt. Darum glaube ich nicht, dass man in allen Fällen den Skeptizismus von E. Schultze anerkennen muss, der auch bei erworbenen Psychosen dem sich darbietenden klinischen Bilde nur wenig Wert beimisst für die Entdeckung von Simulation, weil alles ohne künstliche Zutat ebenso vorkommen könnte und die Abweichungen von dem erfahrungsgemäss Ueblichen angesichts unseres beschränkten Wissens nichts bedeuteten. In der Regel tragen die von Simulanten gebotenen „Krankheitsbilder“ doch irgendwie den Stempel des Unnatürlichen gleich derartig auf der Stirn, dass wir schon auf Grund dieses ersten Eindrucks berechtigt und verpflichtet sind, mit Misstrauen an ihre Prüfung heranzutreten. Weiter freilich darf uns ein solcher erster Eindruck nie treiben.

Weniger Glück und Geschick, als dieser Fall X., entwickelte der von Schäfer erwähnte Geldschrankknacker, obgleich er sein simuliertes Bild von „agitiertem Blödsinn“ ebenfalls 9 Monate hindurch aufrecht zu erhalten gestrebt hatte. Erst mit seiner Verurteilung gab er die Vorstellung auf und äusserte: Nun habe es ja doch keinen Zweck mehr!

Becker hat zu bedenken gegeben, dass ein ungeheures Gedächtnis erforderlich wäre, wenn wirklich ein Simulant von Schwachsinn bei immer wiederholten Prüfungen an der Hand von bestimmten Intelligenzfragebögen stets die gleichen Ausfälle bieten wollte. Durch mehrfache Untersuchungen mit demselben Einheitsreiz werde es gelingen müssen, Widersprüche festzunageln. Dem ist doch wohl entgegenzuhalten, dass auch der gutwillig Antwortende zu verschiedenen Zeiten nicht immer ganz gleiche Leistungen aufweist. Unwägbare Umstände wie Befangenheit, Zerstreutheit, Ermüdung, auch zufällige Konstellationen spielen da eine Rolle. Die wenigsten Prüflinge sind an jedem Tage gleich gut aufgelegt. Schon im Examen wird die Erfahrung gemacht, wie ungleich einzelne abschneiden, je nachdem sie ihren guten oder schlechten Tag haben. Es werden da gelegentlich Fragen ausgelassen über Dinge, die eigentlich der Betreffende ganz gut gewusst hatte. Immerhin ist

der Versuch einer solchen mehrfachen Prüfung bei vorsichtiger Bewertung der Ergebnisse sicherlich ganz zweckmässig. Vielleicht hätte er gerade der W. gegenüber zum Ziele geführt, wenn schon zu bedenken ist, dass sie sich mancher falschen Antwort später überraschend gut entsann.

Sehr lehrreich erscheint es, die Antworten der W. und ihr ganzes Gebaren bei der Prüfung im Einzelnen näher zu betrachten. Sie denkt garnicht daran, immer falsch zu antworten, sondern beeilt sich, sobald ihr die Frage leichter vorkommt, richtig zu erwidern. Darum macht sie auch einen wesentlichen Unterschied zwischen dem Kopfrechnen mit blossen Zahlen und dem Rechnen mit Geldstücken. Da sie gewohnt ist bei ihren Einkäufen für den Haushalt vielfach mit Geldbeträgen zu rechnen, so hütet sie sich jetzt, hier eine auffallende Unkenntnis zur Schau zu tragen. Ferner nennt sie auf Befragen nach Farben nur diejenigen, welche sie just vor sich sieht. Gerade dieses Verhalten, das dem aufmerksamen Untersucher nicht entgeht, stützt sein schon schwankendes Vertrauen zu ihrer Aufrichtigkeit.

Ueberhaupt hat sie ein gewisses System in ihren falschen Antworten. Sie will sich nicht ihrer Straftaten entsinnen können. Das ist eine häufige Erscheinung bei Kriminellen und dem Untersucher verdächtig. Aber sie macht diesem die Beurteilung sogleich wieder dadurch schwieriger, dass sie andererseits Gerichtsstrafen behauptet, die sie nie erlitten hat. Ferner erweckt sie bei jeder Beobachtung den Eindruck eines schlechten Gedächtnisses, indem sie die Aerzte nicht wiedererkennt, ihre Namen sich nicht einprägen kann, die eigenen Personalien verkehrt oder lückenhaft angibt, in der zeitlichen Orientierung stark versagt. Zwischendurch überrascht sie durch plötzliche Bemerkungen, die in keinem erkennbaren Zusammenhange mit der Unterhaltung stehen. Sie spricht geziert, kindlich, fast ungrammatikalisch, lacht albern. Alle diese Mätzchen brachte sie in gleicher Weise vor, als sie, aufgefordert sich zu verstellen, später im Kolleg ihre Simulation zum Besten gab. Gerade dieses Darüberstehen über den Manieren, die gute Rückerinnerung an die Einzelheiten solcher Auffälligkeiten und die Fähigkeit, sie jederzeit auf Verlangen darzustellen, macht es völlig unglaublich, dass hier wirklich ein krankhaftes Moment im Sinne eines Dämmerzustandes mitgespielt haben sollte.

Die Absichtlichkeit in dem Vorgehen der W. ist klar genug: Solange es ihr nur darauf ankam, den Bestrafungen für ihre Delikte zu entgehen, suchte sie sich auf jede Art möglichst krank zu stellen. Dagegen ward sie schwankend in diesem Vorgehen, als allmählich die Frage der Gemeingefährlichkeit in den Vordergrund trat und sie mit

langdauernder Verwahrung im Irrenhause bedrohte. Um dem zu entgehen, entschloss sie sich, ihre Täuschung einzugestehen, zuckte jedoch wieder zurück, als sich die Anzeigen häuften und mit schwerer Bestrafung gerechnet werden musste. Aus der Irrenanstalt war ihr ja schon einmal die Flucht geglückt. Endlich aber gestaltete sich die Sachlage doch für sie so, dass ihr Bestrafung als das kleinere Uebel erschien, und nun legte sie die Methode ihrer Simulation rückhaltlos dar, um ja nicht mehr als geisteskrank begutachtet zu werden. Der Erfolg zeigte, dass sie auch da richtig gerechnet hatte; sie gelangte auf freien Fuss, verhielt sich nun Jahre hindurch ganz unauffällig.

Interessant ist, wie die falsche Diagnose Epilepsie, nachdem sie einmal in die Akten geraten ist, sich unausrottbar durch fast alle späteren Gutachten weiter schleppt. Der alleinige Widerspruch von Címbal, der mit Recht geltend machte, es dürfte höchstens von Hysterie die Rede sein, verhallte ungehört. Es hat sich hier wieder, wie so häufig, die Nichtbeachtung von Siemerling's bekannter Mahnung gerächt, niemals die Diagnose Epilepsie als gesichert anzusehen, ehe man nicht entweder selbst einen einwandfreien Anfall beobachtet hat oder sich auf die Mitteilungen zuverlässiger Beobachter zu stützen in der Lage ist. Unkenntnis der diagnostischen Schwierigkeiten bei Epilepsie hat übrigens jetzt wieder im Kriege zu einer Fülle fehlerhafter Begutachtungen bei Krampfkranken geführt, wie ich mich an meinem Material überzeugen konnte. Nicht nur um Verwechselungen mit hysterischen Anfällen handelt es sich da, sondern auch um bewusste Vortäuschung von Krämpfen. Auf einer Krankenabteilung wurden solche von den Patienten systematisch eingeübt.

Dass gerade epileptische Anfälle leicht zu simulieren sind, ward schon von Calmeil, L. Meyer und C. Westphal entschieden betont. Allein diese wichtige Lehre ist niemals wirklich Allgemeingut der Aerzte geworden. Nur zu viele stehen jedem scheinbaren Anfalle hilflos gegenüber, vermögen sich einer starken Beeinflussung ihres Urteils durch ihn nicht zu erwehren. Es ist ein Verdienst von Mönkemöller und Hübner, wieder entschieden auf die Häufigkeit simulierter Epilepsie die Aufmerksamkeit der Fachgenossen gelenkt zu haben. Henneberg erwähnt, dass in einem Lazarett die schriftliche Anweisung zur Simulation von Epilepsie gefunden ward.

In der Literatur sind bereits zahlreiche Beispiele simulierter Epilepsie niedergelegt. Ein besonders eindrucksvolles Gegenstück zum Falle W. bildet die ältere Veröffentlichung von Salgo über erfolgreiche Vortäuschung von Epilepsie mit Schwachsinn durch einen Schwindler von „ungewöhnlich scharfem und durchtriebenem Verstande“ und mit

einem Orientierungsvermögen von beispielloser Gewandtheit. Auch in diesem Falle D. änderte sich das Verhalten mit einem Schlage, sowie das angestrebte Ziel mit der Versetzung in die psychiatrische Anstalt erreicht war, denn auch hier ging wohl der Wunsch dahin, aus dem Gefängnisse in die Klinik zu gelangen, aber nicht dort zu verbleiben.

Salgo sagt darüber in seiner Epikrise: „Der Fall D., in welchem die psychiatrische Diagnose von der Simulation der Geistesstörung ausgehend, durch den Nachweis schwerer Epilepsie mit konsekutivem, unheilbarem Blödsinn hindurch, wieder zur anfänglichen Simulation zurückkehrte, dürfte nach jeder Richtung hin als exzeptioneller gelten. Er verdient die grösste fachmännische Aufmerksamkeit nicht nur wegen der Form des vorgetäuschten Krankheitszustandes und wegen der dabei in Betracht kommenden psychiatrischen Sachverständigen, bei deren grosser Erfahrung und geübtem Verständnis das Gelingen der Simulation mit grellem Licht die Unvollkommenheiten der heutigen Psychiatrie zu beleuchten geeignet ist.“ Wir sind leider auch heute nicht viel weiter und sollten das in den Lehrbüchern mehr eingestehen.

Salgo macht weiter die Bemerkung, dass ein solcher Simulant vermutlich einen gewissen Reiz darin finde, die Aerzte zu täuschen und der von ihm befehdeten Gesellschaft eine Nase um die andere zu drehen. Das war für den D. Zerstreuung, so dass er auch bei jahrelanger Simulation nicht ermüdete und sogar Reflexepilepsie mit Erfolg vortäuschte. „Je schwerer die Sache, um so mehr mochte sie die Ambition des D. anspornen, und mit um so grösserer Befriedigung konnte ihn das Gelingen des durchaus nicht reizlosen Spieles erfüllen. Wir sehen, wie weit D. die Konnivenz treibt, wenn er die allerdings nicht schwere Operation am linken Brauenbogen ausführen liess, womit er gewiss sein konnte, die dankbare Anerkennung seiner Krankheit zu erringen.“

Auch Salgo beobachtete einen Kranken, der nach seiner Entlassung vom Militär wegen angeblicher Epilepsie ihm auf Wunsch den schönsten Krampfanfall vorführte und auf Befehl unterbrach. „Es fehlte in demselben auch nicht einmal der blutige Schaum vor dem Munde, dessen wenig ingeniose Herstellung er mich in dienstbereiter Weise lehrte. Nach alledem ist die Gefahr der Täuschung durch Epilepsie sehr gross.“ Mit der scheinbaren Feststellung einer Epilepsie werde aber allen späteren Folgerungen die feste klinische Grundlage gegeben und ein fiktives klinisches Verständnis der weiteren Entwicklung des angeblichen Krankheitszustandes bis zur Verblödung ermöglicht.

Ebenso passt in diesen Zusammenhang der lehrreiche 3. Fall aus König's bekannter Arbeit, in welchem die völlig unberechtigte Diagnose Epilepsie durch viele Jahre sich fortgeschleppt hatte und in zahlreiche

Gutachten ohne erneute Prüfung als Tatsache hinübergenommen worden war. Hier hatte der betreffende Kriminelle selbst über Schwindelanfälle berichtet, lediglich ein Wärter wollte einen Krampfanfall gesehen haben, und die behaupteten Erregungszustände gestatteten eine gänzlich abweichende Deutung. Ferner hielt die vorgeschützte Amnesie nicht stand, die angeblichen paranoiden Ideen schwebten völlig in der Luft, tauchten nur auf, sobald sie zur Verteidigung nützlich erschienen, verschwanden wieder, wenn sie den augenblicklichen Beziehungen zur Justiz hinderlich waren.

Beachtenswert blieb in diesem Falle endlich der Widerspruch zwischen dem Beteuern geistiger Gesundheit auf der einen Seite und dem zielbewussten Streben, geisteskrank zu erscheinen und Gutachter, die daran glaubten, zur Unterstützung heranzuziehen, auf der anderen Seite. Eben dieses Vorgehen, das auch schon von anderen Autoren, namentlich Schäfer, geschildert wurde, habe ich bei Uebertreibern mehrfach beobachtet und möchte es als eine beliebte Methode ansprechen. Ein vor Jahren exkulpiertes Schwindler und Dieb flehte mich sogar auf den Knien an, ihn nicht wieder für geisteskrank zu erklären und dem Irrenhause zu überantworten. Als ich ihm jedoch mit gutem Gewissen diesen Gefallen tun konnte, zeigte er sich in der Hauptverhandlung höchlich enttäuscht und entrüstet. Uebrigens hatte König's Patient eine langjährige Irrenanstaltslaufbahn hinter sich gehabt und vermochte bei seiner guten intellektuellen Begabung aus dieser reichen Erfahrung entsprechenden Nutzen zu ziehen.

König selbst hat an den ähnlichen Fall K. von Nehrlich erinnert, der gleichfalls Epilepsie vorgab, obschon niemals Krampfanfälle oder Verwirrheitszustände wirklich gesehen worden waren. Dieser K. suchte gleichfalls Schwachsinn vorzutäuschen und gab seine Simulation erst bei der Gerichtsverhandlung auf, als er sich überzeugen musste, dass man ihm nicht glaubte. Da äusserte K. zum Gutachter: „Ja, mein Lieber, man muss eben alles versuchen, um frei zu kommen!“ An diese Fälle lässt sich meine Frau W. anreihen. Sie alle warnen vor überstürzter Diagnose von Epilepsie. Es ist gar nicht immer nötig, dass der Kriminelle aktiv Fallsucht vortäuscht. Oefter kommt ihm der Gutachter mit einer derartigen Vermutung zuerst entgegen und er geht nur geschickt darauf ein durch Beschaffung der gewünschten Anamnese. Wie sehr die schlaun Exploranden beflissen sind, Steckenpferde ihrer Sachverständigen zu erkunden und ihren wissenschaftlichen Anschauungen Rechnung zu tragen, hat Schäfer treffend beleuchtet.

Es ist nicht richtig, wenn in manchen Lehrbüchern behauptet wird, der Simulant übertreibe fast immer plump und verwickle sich dadurch

in Widersprüche. Das von ihm gebotene Bild pflege sich mit unseren Erfahrungen nicht zu decken, und das bedinge dann die Entlarvung. Gerade unser Fall W. erscheint vorzüglich geeignet, die grossen Schwierigkeiten aufzudecken, welche sich heute noch immer der Unterscheidung zwischen Simulation und Geistesstörung entgegenstemmen können. Es ist leider nicht so, wie Henneberg einmal andeutete, dass gesunde Laien, wenn sie sich geisteskrank zu stellen trachten, immer auf sinnloses Vorbeireden verfallen. Das beobachtet man vielmehr mit Vorliebe bei Geistesschwachen, die übertreiben wollen.

Andererseits bleibt zu bedenken, dass wir auch noch lange nicht genügend sämtliche möglichen Bilder des Irreseins kennen, um ohne weiteres sagen zu dürfen, dieses oder jenes Bild gibt es nicht, das kann einfach nicht echt sein! Auf diese wichtige Tatsache ist bereits hingewiesen worden. Der vielleicht zu weitgehende Skeptizismus von E. Schultze fand oben Erwähnung. Siemerling hat an die zügellosen Uebertreibungen krankhafter Entstehung bei hypochondrischen Zuständen erinnert. Kraepelin hat die sinnwidrige Triebartigkeit negativistischer Katatoniker hervorgehoben, welche so gerne den Eindruck des Gemachten erweckt, und hat mit Recht bemerkt, dass es bei Hysterischen ganz unmöglich werden könne, alle willkürlichen Zutaten auszuschneiden. Zweifellos sind hier manche ältere Autoren in ihrem Misstrauen zu weit gegangen.

Wenn v. Krafft-Ebing meinte, ein Simulant heuchle gern eine falsche Apperzeption, verrate aber zugleich in seiner möglichst unsinnigen Antwort, dass er die Pointe der Frage wohl erkannt habe, so ist offenbar ganz das Gleiche auch von manchem krankhaften Vorbeireden im Dämmerzustande zu betonen, während die Schilderung für intellektuell höher stehende Simulanten gar nicht einmal zutrifft. Die Vortäuschung von Blödsinn sollte nach dem gleichen Autor an der Schwierigkeit scheitern, völlige Affektlosigkeit zu äussern und ihr mimisch Ausdruck zu verleihen. Allein gerissene Simulanten, wie die W., hüten sich vor solcher Uebertreibung und fallen trotz zahlreicher Untersuchungen nicht aus der Rolle.

Wilmanns hat offen eingeräumt, dass unter Umständen die Erkennung einer Simulation so schwierig wird, dass sogar unter den veröffentlichten Fällen in der Literatur mehr als einer falsch diagnostiziert sein dürfte. Ein grosser Teil der angeblichen Simulationen machten auf uns beim Lesen der Krankengeschichten den Eindruck von Haftpsychosen, Ganser'schen Dämmerzuständen und ähnlichen Bildern. Vielleicht sei eine scharfe Scheidung zwischen derartigen psychogenen Störungen und Simulationen überhaupt nicht möglich, weil eine enge

Verwandtschaft 'bestehe. Ein Teil jener Dämmerzustände entspringe grade dem Wunsche, geisteskrank zu erscheinen. Das würde freilich erklären, warum gerade bei Kriminellen Dämmerzustände mit Vorbeireden so unverhältnismässig oft angetroffen werden.

Siemerling und Stern haben daher bei solchen Hafterkrankungen von Situationspsychosen gesprochen, weil sie ohne zureichende innere Ursache infolge äusserer Verhältnisse wie aus heiterem Himmel plötzlich einsetzen und ebenso unbegründet wieder verschwinden, sobald die bedrängte äussere Lage nicht mehr vorhanden ist.

Jung vermutete in einem Falle, dass die ursprüngliche Simulation wider Wissen und Willen zu gut geraten gewesen sei, so dass sie fast zur Geistesstörung wurde und schon anfang, krankhafte Züge anzunehmen, indem durch die konsequent fortgeführte Darstellung eines blödsinnigen Zustandes die normale Geistestätigkeit in Mitleidenschaft gezogen ward. Jung glaubte, dass wohl einzelne Momente der Simulation so überzeugend auf seinen Patienten eingewirkt hätten, dass sie die Bedeutung einer starken Suggestion erlangten und ihn in eine förmliche Autohypnose versetzten. Das würde ganz der Annahme von Bonhoeffer entsprechen, dass psychopathische Schwindler eben infolge ihrer krankhaften Autosuggestibilität allmählich selbst an ihre Erfindung glaubten.

In diesem Zusammenhange muss kurz auf die Bedeutung des sogenannten Vorbeiredens eingegangen werden. Moeli hat es zuerst bei Untersuchungsgefangenen näher beschrieben, allgemeiner bekannt wurde es durch Ganser, der es in der Verbindung mit Denkhemmung, Kopfschmerz und hysterischen Stigmata als Ausdruck eines hysterischen Dämmerzustandes auffasste. Ganser legte auch Wert auf nachfolgende Amnesie. Später hat man an allen diesen Forderungen nicht mehr festgehalten und damit verwischten sich die Grenzen nach der Seite bewusster Vortäuschung immer mehr.

E. Meyer fiel es auf, dass Traumatiker mit Vorbeireden über ihren Anfall immer noch gut Auskunft gaben. Vor ihm hatte Jung's Schüler Ricklin darauf aufmerksam machen können, dass die Grenzen des Nichtwissens in solchen Zuständen je nach der Art der Fragen erheblich wechseln. Auf dem Wege des Gemüts würden Vorstellungen wieder zugänglich, von denen der Gefragte vorher nichts habe wissen wollen. Der Gedanke des Nichtwissenwollens werde erst durch den Untersuchungston der Fragen suggeriert und unterhalten und verbreite sich so auch über Gebiete, die eigentlich über das Nichtwissenwollen des Delikts hinausgingen. Darum simuliere der Explorand im Grunde sich selbst gegenüber, das Nichtgewünschte werde von ihm abgespalten und verdrängt. Jung spreche daher von Simulation im Unbewussten und

zwar unter der entfesselten Herrschaft der affektbetonten Vorstellung des Nichtwissens.

Einer ähnlichen Auffassung des Vorbeiredens habe ich selbst früher Ausdruck gegeben, indem ich sagte, dass, wenn auf ein minderwertiges Nervensystem die Schädigungen der Haft einwirkten und einen Zustand von Ratlosigkeit, Unfähigkeit zur Konzentration und Denkerschwerung hervorgebracht hätten, ärztliche Suggestivfragen nach den einfachsten Dingen notwendig ungünstigen Einfluss ausüben müssten. Wörtlich schrieb ich: „Die verschiedenen Fragen des untersuchenden Arztes beeinflussen den Hysteriker weiter wie ebensoviele Suggestionen. Denn es muss ja auf den Kranken, der sich leidend, matt und denkunlustig fühlt, einen tiefen Eindruck machen, wenn er z. B. allen Ernstes gefragt wird, ob er noch bis 10 zählen kann. Von der naheliegenden Erwägung, dass er wohl recht krank erscheinen müsse, wenn ihm ein Sachverständiger nicht einmal diese einfachste Kenntnis mehr zutraue, ist es nur ein Schritt zur Ueberzeugung, die Antwort tatsächlich nicht zu wissen. Es kann also eine solche Frage unter Umständen ähnlich wirken, wie der einem Hypnotisierten erteilte Befehl, nicht mehr bis 10 zählen zu können. Später wird dann diese Suggestion, wie schon gesagt, durch den mehr weniger bewussten Wunsch, recht krank zu erscheinen, erhalten und verstärkt; ähnlich wie der Traumatiker durch die Unfallrente in seiner Genesung aufgehalten wird, ohne dass man darum doch von Simulation reden dürfte.“ Heute würde ich wohl den Wunsch, krank zu erscheinen, mehr an den Beginn der Entwicklung des ganzen Ganser'schen Zustandes rücken, im übrigen darf ich meine Auffassung von damals wiederholen und vor ungeschickter Fragestellung warnen. Vor allem auf das Dämmerhafte, Verträumte während des Vorbeiredens haben zahlreiche Autoren, wie Ganser, Lücke, Westphal, Hey den Hauptnachdruck gelegt. Neuerdings hat Pick entschieden die Ansicht vertreten, der hysterische Dämmerzustand sei nicht bloss durch den Helligkeitsgrad des Bewusstseins, wie Fürstner annahm, und durch die Aenderung der Sinnesempfindungen, sondern auch durch die verschieden weitgehende, psychologisch als Abstraktion (innerhalb der Teilempfindungen) zu bezeichnende, Einengung des Blickfeldes ausgezeichnet. Auf den letzteren Umstand sei besonders das Danebenreden zurückzuführen. Allerdings hat Pick seine einschlägigen Untersuchungen fast ganz auf das Vorzeigen von Gegenständen beschränkt und aus der Art der erfolgenden Falschbenennung bzw. des verkehrten Gebrauches seine Schlüsse gezogen. Abstraktionen der einfachsten Art, die der Grösse, der Farbe, des Glanzes, der Härte, der Beweglichkeit bildeten die Grundlage des Vorbeigeredeteten und es schien verständlich, wenn

Kranke, die etwas gar nicht Sachbildendes abstrahiert hatten, auf Unsinniges rieten oder ebenso oft überhaupt nicht wussten, womit sie es zu tun hatten.

Diese geistreiche Deutung mag gewiss für einen Teil der Fälle zutreffen. Indessen wird man doch unwillkürlich stutzig, sofern man sich nicht auf die von Pick bevorzugten Prüfungen beschränkt, sondern z. B. zu Zahlen und bekannten Reihen übergeht. Hier gewinnt man nur allzu oft aus der Art und Weise, wie der Explorand beim Aufsagen regelmässig jede zweite Zahl oder zweiten Monat auslässt, wie er bei Zeitangaben sich immer genau um einen Wochentag, einen Monat, eine Jahreszahl irrt, beim eigenen Geburtstag womöglich um die richtige Ziffer herumrät usw., die unabweisliche Ueberzeugung, dass mehr eine gewisse Absicht als reines Unvermögen vorherrscht, und dass man es beim hysterischen Vorbeireden durchaus nicht immer mit einem eigentlichen Dämmerzustande zu tun hat.

Vollends ein so gekünsteltes Vorbeireden, wie es Hoppe und Dietz in ihren Simulationsfällen geschildert haben, lässt sich ohne die Annahme wohl überlegter Ueberlegung überhaupt nicht erklären. Ich erinnere nur an die Behauptung des Dietz'schen Falles, dass Kälber auf dem Felde wachsen und auf die Frage, wie man diese schlachte, die weitere Antwort: Man mähe mit Sensen ihnen die Köpfe ab! Oder die angebliche Unmöglichkeit, Winter und Sommer auseinander zu halten, zu erkennen, ob es draussen warm oder kalt sei, während die Personen der Wärter und Kranken rasch unterschieden und die im Krankenzimmer üblichen Gebräuche gut gemerkt wurden. Henneberg verlangt mit Recht, dass vorsätzliches Vorbeireden nicht mit dem Ganser'schen Bilde vermengt wird.

Das Vorbeireden ist übrigens nicht erst von Henneberg und Rosenbach als Ausfluss beabsichtigter Täuschungsbestrebungen aufgefasst worden, schon Moeli hatte klar dargelegt, dass es sich sowohl um krankhafte Bewusstseinstrübung als auch um den Versuch, Blödsinn zu simulieren, handeln könne. Neuerdings hat Moeli sehr glücklich die „stete Klarheit des Ziels“ bei Simulanten hervorgehoben im Gegensatz zum Verhalten des Hysterikers.

Stern betrachtete als besonders verdächtig auf bewusste Vortäuschung die Beschränkung der krankhaften Erscheinungen auf bestimmte Gelegenheiten. Unsinnige Antworten gegenüber dem Arzte bei sonst geordnetem Verhalten dürften zwanglos als vorgetäuscht angesehen werden, sobald Negativismus und Lust an Witzeleien ausgeschlossen seien. Wenn ein Patient, der sonst vorbeiredet, heimlich auf dem Kloset den Gerichtsbeschluss lese, um ihn schnell zu zerreißen, da er sich beob-

achtet sehe, so sei das ein Widerspruch und er werde in dem Augenblick in unlauterer Absicht gehandelt haben. Ebenso liege Simulation vor bei einem Patienten, der den Pflegern bekenne, er wisse seinen Aufenthaltsort, aber sie möchten ihn nicht verraten, und der gleich hinterher vor dem Arzte verwirrt tue. Wie autosuggestiv Vortäuschung in echte Psychose übergehe, würden nach Ablauf einer Psychose Verwirrtheit und Vorbeireden gelegentlich noch absichtlich weiter festgehalten; es könnten aber auch zu jeder Zeit sonst bewusste Uebertreibungen sich einem Krankheitsbilde beimischen. Mit dieser Feststellung wird die erhebliche Schwierigkeit der Entscheidung im einzelnen Falle zugegeben.

Auch mir ist es im Laufe der Zeit immer mehr zur Gewissheit geworden, dass wir es gerade bei solchen Situationspsychosen mit Vorbeireden mit recht verschiedenen Zuständen zu tun haben. Wir befinden uns hier auf unsicherstem Boden und sind gezwungen, von Fall zu Fall zu entscheiden, wobei oft genug dem Dauerzustande ausserhalb des mit Vorbeireden verbundenen Ausnahmeverhaltens die grössere Bedeutung beigemessen werden muss. Vielleicht wird uns aber eine weitere Einteilung der möglichen Zustandsbilder mit der Zeit weiterbringen. Fälle, in denen ohne alle anderen Erscheinungen des Ganser'schen Symptomenkomplexes lediglich ein plumpes Vorbeireden zur Schau getragen wird, sind mit höchster Vorsicht aufzunehmen. Gerade neuerdings sind mir unter den Psychopathen, die unsere Heimatlazarette bevölkern, so zahlreiche derartige Individuen begegnet, dass sich der Gedanke, es handle sich da um einen gewohnheitsmässig dem Gutachter vorgemachten Trick, unwillkürlich aufdrängt. Vielfach werden gleichzeitig einzelne kindische Streiche vollführt, die den Verdacht auf Irrsinn offenbar verstärken sollen, ohne dass aber sonst Zeichen von Moria oder Puerilismus zu bemerken wären. So schor sich ein Soldat ein Kreuz ins Haupthaar, um angeblich gegen Fliegerbomben gesichert zu sein. Ein anderer brachte bei der Aufnahme einen Frosch an der Leine mit und sagte, das sei ein Bär. Einige tranken Tinte und erklärten dieselbe für guten Wein. Ihre vorbeigeredeten Antworten erinnerten wohl stark an die von Pick beschriebenen, jedoch sie entsannen sich nachher ihrer und erzählten sie den Kameraden auf der Abteilung als guten Witz.

Vor allem ein zur Begutachtung wegen Fahnenflucht eingewiesener M. tat sich in dieser Beziehung hervor. Nachdem er bei der Visite die verkehrtesten Antworten erteilt und sich völlig unorientiert gegeben hatte, berichtete er einem Mitpatienten, wie er in die Klinik gekommen war, und machte sich über den Arzt lustig, der ihn am Morgen habe zählen lassen. „Natürlich“ habe er getan, als verstünde er das nicht.

Er fügte hinzu: „Was glaubst du wohl, ich werde die Ohren schon steif halten. Da kommen die bei mir schön an, wenn die glauben, mit mir machen zu können, was sie wollen. Andere kommen doch frei, warum soll ich es nicht auch schaffen?“ Ferner erzählte er, er habe zwei Briefe an seine Eltern geschrieben und dem Arzte gegeben; er habe sie aber so abgefasst, als ob er verrückt sei. In der Tat waren diese Briefe ganz kindisch gehalten. Gleichzeitig gab er dem Mitpatienten einen vernünftig gehaltenen Brief zur Besorgung. Auch als er in der Vorlesung gezeigt worden war, berichtete er demselben Mitpatienten, er habe „natürlich“ die Fragen, wie er in die Klinik gekommen sei und wer ihn gebracht habe, nicht beantwortet. Ein ihm vorgehaltenes Hörrohr habe er nicht zu kennen behauptet, habe bis 20 nur vorwärts richtig gezählt aber nicht rückwärts, sondern habe 18, 15, 13 ausgelassen. Freilich hätten dann die Aerzte so gesprochen, als sei er nicht krank und mache alles nur aus Furcht vor Strafe. Er sei ja zwei Monate über Urlaub geblieben.

Hierzu sei bemerkt, dass ich Bedenken sonst tragen würde, die Mitteilungen des Mitpatienten hier zu verwerten, obgleich es sich um einen nicht geisteskranken Psychopathen gehandelt hat, dem wir den Schutz des § 51 nicht zugebilligt haben; allein mochte dieser auch den Zweck verfolgen, durch seinen Verrat sich bei den Aerzten einzuschmeicheln, so konnte er doch nicht aus eigener Erfindung wissen, was tatsächlich in der Vorlesung sich abgespielt hatte. Die von ihm erwähnten Einzelheiten waren richtig und mussten ihm von M. selbst entdeckt worden sein. Das dürfte genügen, um festzustellen, dass M. bei seinem Vorbeireden und Vorschützen von Amnesie zum mindesten bewusst übertrieb, wahrscheinlich simulierte¹⁾.

Auch Mönkemöller's Fall Bā. wollte nur in Gegenwart der Aerzte nicht die einfachsten Dinge kennen, unterhielt sich aber ganz ordentlich mit anderen Kranken, spielte eifrig mit ihnen Karten und bedeutete einem neuen Ankömmling, man dürfe hier nicht zuviel wissen. Seine Amnesie hatte sich erst im Verlaufe der Vernehmungen ausgebildet; vorher war sein Gedächtnis tadellos gewesen. Desgleichen benahm sich der Fall Di. des gleichen Autors nur im allgemeinen wie ein kleines Kind, war plötzlich ganz verständig, wenn er wollte, und verriet in Aeusserungen zu anderen Kranken, dass er genau wusste, worauf es ankam.

Ph. Jolly, der über eine Frau berichtet, die im Zählen und Schreiben gekünstelte Fehler machte, bis die trotzdem erfolgende Ver-

1) Ein anderer Soldat hatte in seinem „Dämmerzustande“ einem Kameraden Geld für eine Besorgung anvertraut. Während er im übrigen nachher totale Amnesie behauptete, forderte er diesen Betrag zurück.

urteilung geradezu heilend wirkte, will eine hysterische Störung überhaupt nicht annehmen. Die von ihr zur Schau getragene Schwerbesinnlichkeit nebst weitgehender Amnesie sei unecht gewesen.

Forster lässt zwar dem Wunsche, krank zu erscheinen, einen hysterischen Dämmerzustand mit Vorbeireden entspringen, betont indessen, dass spätere Wiederholungen häufig nur Kopien des ersten, affektiv bedingten Dämmerzustandes darstellten. Es würden hier die Erfahrungen des früheren Ausnahmezustandes, als neues Mittel krank zu erscheinen, verwertet. Gewollt sei die Einengung der Vorstellungen, die dann durch das Hineinversetzen in eine bestimmte Situation auch erreicht werde, allerdings anscheinend nur bei psychopathischer Grundlage. Demnach wäre Absicht überall vorhanden; nur gerate, je nach der Veranlagung, der eine wirklich in einen krankhaften Zustand, der andere bleibe mehr oder weniger reiner Simulant.

Es ist zweifellos richtig, wenn Bunse schreibt, dass der Begriff des Dämmerzustandes heute nachgerade in verheerendem Umfange volkstümlich zu werden drohe. Unter den minderwertigen Soldaten seiner Beobachtung fand sich kaum einer, der nicht in jedem Falle strafbarer Handlung die Erinnerungslücke bei der Hand hatte. Sehr oft wurde gleich bei der ersten gerichtlichen Vernehmung mit erfrischender Unverfrorenheit die Behauptung aufgestellt, dass die fragliche Tat im „Dämmerzustande“ begangen sei. Derartige Simulationsversuche hatten den grössten Teil seines Gutachtenmaterials ausgemacht. Für den weniger geübten Sachverständigen bedeutet da die Klärung des Sachverhaltes keine leichte Aufgabe. Nach beiden Seiten hin sind Entgleisungen möglich. Simulationsriecherei ist fraglos zu verwerfen, doch auch zu weitgehende Milde und Vertrauensseligkeit sind nicht zu rechtfertigen. Die alte Anschauung von der relativen Seltenheit von Vortäuschung geistiger Krankheit ist nicht aufrecht zu erhalten. Crell's Berufung auf Schüle, der unter tausenden von Geisteskranken keinen einzigen Simulanten gesehen habe, macht heute keinen Eindruck mehr. Vingtrinier's oft zitierte Behauptung, schon Simulation sei eine Psychose, ist entschieden abzulehnen, auch Penta's Annahme, dass sie die Geisteskrankheit des gebornen Verbrechers sei. Raimann, der bei jedem hysterischen Vorbeireden eine Beimischung von Uebertreibung vermutete, hat in allen Fällen von Simulation die Fragestellung mit Recht so formuliert: Ist der zu Begutachtende des Gebrauches seiner Vernunft so völlig beraubt, dass er die Tat nicht zu verantworten vermag, deren strafrechtliche Verfolgung jetzt die Simulation von Geisteskrankheit veranlasst? Jedenfalls ist der Nachweis einzelner krankhafter Züge noch nicht genügend, um nun gleich alles, was geboten wird, für

krankhaft anzusehen. Die Beherzigung dieser Warnung hätte vielleicht im Falle W. mit dem Versuche, die Uebertreibung von der tatsächlichen psychopathischen Grundlage zu trennen, schon früher zu einer richtigen Auffassung des Falles Veranlassung geben können, anstatt dass jetzt die Grundlosigkeit der Annahme ihrer Unzurechnungsfähigkeit erst mit ihrem Geständnis zutage getreten ist.

Das führt uns zur Erörterung der wichtigen Frage, wieweit das Eingeständnis von Simulation als beweisend gelten darf. Schott hat sich dahin geäußert, Geständnisse bewiesen so wenig wie Entlarvungen. Moeli hat auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, dass Geistesranke Simulation simulieren. Das ist gewiss zu beherzigen. Die bloße Behauptung, simuliert zu haben, besagt noch nichts. Wir hören dasselbe oft genug von unseren Patienten erklären, wenn sie auf Entlassung aus der Anstalt drängen. Nach Schäfer kann ein Geständnis auch teilweise echt sein, wenn nämlich der in der Tat simulierte Symptomenkomplex nur die bewusste Uebertreibung wirklich vorhandener psychischer Krankheitserscheinungen darstellt.

Kriminelle Psychopathen prahlen gern mit ihrer Schlaubeit. Manches, was sie ohne die Möglichkeit einer Nachprüfung uns hinterher zum besten geben, mag einfach auf Phantasie und Erfindung beruhen. Oder sie haben, wie Schäfer zu bedenken gibt, erst im Laufe ihrer zahlreichen Explorationen und Begutachtungen so allerlei erfahren, was sie uns nun als eigene Erinnerungen aufzutischen streben. Man kann daher derartigen Geständnissen gegenüber gewiss nicht misstrauisch genug bleiben.

Stets wird es erforderlich sein, zunächst eine nähere Prüfung des Geständnisses eintreten zu lassen und sorgfältigst allen zur Stütze angeführten Einzelheiten nachzugehen. Wer sagt, er habe Anfälle künstlich vorgetäuscht, soll diese nochmals vorführen. Wer sagt, er habe absichtlich falsch geantwortet, mag die falschen und richtigen Antworten nennen, damit wir sie mit unseren Aufzeichnungen vergleichen. Nur als Bestätigung des auf Grund eigener Beobachtung gewonnenen Urteils darf, wie Siemerling mit Recht verlangt, für uns das Zugeständnis des Untersuchten Bedeutung erlangen.

Um ausschliessen zu können, dass nicht etwa neben dem bewusst vorgetäuschten Bilde noch eine echte Krankheit eine Rolle spielte, ist immer die Einziehung einer möglichst gründlichen Vorgeschichte erforderlich. Auch werde die eigene Beobachtung so lange wie möglich ausgedehnt. Das Geständnis soll uns nur einen Fingerzeig geben, keinen Beweis; diesen haben wir selbst zu führen. Ebenso bedeutet ja auch hartnäckiges Ableugnen einer bewussten Uebertreibung niemals den

Gegenbeweis. Der Untersucher hat sich in allen Fällen selbst seine Ueberzeugung zu bilden.

Indessen ebenso, wie ein Eingeständnis bei nötiger Vorsicht immer nützlich werden kann, so sind es auch Mitteilungen von Mitpatienten und Kameraden. Nur sei man ihnen gegenüber noch vorsichtiger und skeptischer als gegenüber den Aussagen des Patienten. Oft hat dieser seine Umgebung mit Geschick beeinflusst, so dass sie ohne böse Absicht zu seinen Gunsten sich äussert. Die falschen Angaben der als durchaus zuverlässig geltenden Patientin der Irrenanstalt F. über die Frau W. sind hierfür ein beachtenswertes Beispiel. Dass Zellgenossen in den Gefängnissen es vielfach als Parteisache betrachten, den Exploranden durch ihre Aussagen zu stützen, während umgekehrt die Aufseher in ihrem Misstrauen leicht übers Ziel hinausschiessen, hat vor allem Fritsch betont. In anderen Fällen wieder mag persönliche Abneigung oder der Wunsch, sich wichtig und bei den Aerzten beliebt zu machen, die Triebfeder bei den Mitteilungen von Mitpatienten bilden. Unzuverlässig sind leider auch oft genug die Berichte des Pflegepersonals und dürfen nur mit einer gewissen Vorsicht und Auswahl den ärztlichen Schlussfolgerungen zu Grunde gelegt werden. Dennoch wird wohl kein Psychiater auf diese ganz verzichten wollen. So steht es schliesslich auch mit den Aussagen der übrigen Umgebung. Dieselben können, wie wir gesehen haben, gelegentlich wertvoll werden und sind daher nach Möglichkeit mitheranzuziehen und selbst dann, wenn sie zunächst etwas überraschend lauten, nicht vorschnell zu verwerfen, sondern zu prüfen.

Bei der Untersuchung eines schweren Schwachsinn vortäuschenden Verbrechers im Gefängnisse habe ich z. B. einmal von dieser Methode mit Vorteil Gebrauch gemacht: Seine Antworten bei der ersten Exploration hatten wegen der allzu hochgradigen Unkenntnisse einen gekünstelten Eindruck gemacht. Beim zweiten Besuche im Gefängnisse liess ich zuerst seine Zellgenossen einzeln vorführen und fragte sie, was ihnen der Explorand über die frühere Untersuchung erzählt hätte. Da ergab sich, dass er vor ihnen mit seinen absichtlich falschen Angaben geprahlt hatte. Als ihm das dann vorgehalten wurde, war er so betroffen, dass er jeden weiteren Täuschungsversuch aufgab. Es ergab sich, dass er wohl leicht schwachsinnig war, aber lange nicht in dem Masse, wie er sich anfangs gestellt hatte.

In der Klinik ist das gesamte Verhalten des Exploranden zur Umgebung, wie bereits mehrfach oben gezeigt wurde, bedeutungsvoll. Oft lassen sich selbst hartnäckige Uebertreiber gehen, wenn sie sich einmal unbeobachtet wähnen. Bei der Verwendung derartiger Vorkommnisse für die Beurteilung ist es aber stets erforderlich, dass sich der Gut-

achter selbst irgendwie nachträglich von der Zuverlässigkeit der ihm gemachten Meldung überzeugt, falls er nicht durch eigenen Augenschein ihre Richtigkeit festgestellt hatte. Ist ihm Beides nicht möglich, darf er jene nur als Verdachts- und nicht als Beweismoment ansehen. Niemals ist es gestattet, die Aussagen von Laien ohne weiteres als gleichwertige Tatsachen neben den eigenen Beobachtungsergebnissen zu verwerten.

Harmlosere Simulanten werden sogleich in der Umgebung wirklich Geisteskranker unsicher, kopieren ungeschickt das dort Gesehene, lassen sich neue Symptome durch überhörte Ausstellungen des Arztes suggerieren oder fallen nach einiger Zeit ermüdet aus der Rolle. Aber die Gewandteren und Gefährlicheren, die schon eigene Erfahrungen hinter sich haben, wissen sich vor solchen Klippen schlau zu schützen, und befolgen hartnäckig einen ganz bestimmten Plan. So hielt der von Dietz beschriebene Simulant 6 Monate hindurch die Kopie eines Kindes fest und noch länger eine angebliche Lähmung. Es schien dieser ethisch degenierte Mensch bestrebt, die Lüge kindlicher Naivität zur Schau zu tragen.

Die grosse Bedeutung der Art der Entsehung eines angeblich psychotischen Zustandes ist bereits oben zur Besprechung gelangt. Plötzliches Einsetzen der Störung über Nacht bei ungünstiger äusserer Situation - ohne vorausgegangene Krankheitszeichen und ohne befriedigende Grundlage wird immer Verdacht erregen müssen. Daher ist die Beschaffung einer guten Vorgeschichte so wichtig und bildet stets die unerlässliche Voraussetzung einer sorgfältigen Beobachtung. Sogar frühere Gutachten in den Akten gestatten in verwickelteren Fällen dem vorsichtigen Gutachter nicht, auf eigene Nachforschungen zu verzichten. Gerade hier kann vielmehr das Herausarbeiten einer wirklich einwandfreien Anamnese gelegentlich zu einer überraschenden Klärung des Sachverhaltes führen. Oft genug ergibt sich dann, dass im Laufe der Zeit das wahre Bild arg verfälscht worden war.

Ein gutes Beispiel bietet auch da wieder unser Fall Frau W. mit den zahlreichen Gutachten, die sich auf angebliche epileptische Antezedentien stützten, während nähere Nachprüfung die Unhaltbarkeit derselben erwies. Ganz ähnlich war in einem Simulationsfalle von Fürstner die vorgetäuschte Epilepsie durch eine völlig verfälschte Vorgeschichte glaubhaft gemacht worden.

Selbstredend sind alle Mitteilungen der Angehörigen in Begutachtungsfällen mit dem grössten Misstrauen aufzunehmen. Immer wieder macht der gerichtliche Sachverständige die Erfahrung, dass die gleichen Angehörigen, wenn es sich darum handelt, den Täter durch Annahme von Unzurechnungsfähigkeit vor Strafe zu schützen, oder darum, ihn als nicht mehr gemeingefährlich aus der Irrenanstalt wieder herauszu-

bekommen, völlig widersprechende Anamnesen mit dem gleichen Brusttone der Ueberzeugung abgeben.

Nur recht bedingten Wert haben ferner viele Zeugenaussagen, weil sie infolge laienhafter Unkenntnis in medizinischen Dingen sehr viel mehr behaupten, als wissenschaftlich haltbar wäre. Hat aber nunmehr erst ein Sachverständiger eine solche Zeugenaussage in sein Gutachten aufgenommen und sich die betreffenden Ausführungen zu eigen gemacht, dann gewinnt sie rasch unverhältnismässige Bedeutung, und die im Grunde ganz unzuverlässige Bekundung geht als gesicherte Tatsache durch alle folgenden Gutachten und ärztlichen Zeugnisse, bis endlich ein späterer Untersucher auf den Gedanken kommt, der Entstehung jener Behauptung näher nachzugehen. Es ist wohl verständlich, dass gerade viel beschäftigte Kreis- und Gerichtsärzte nicht immer Zeit und Lust zu solcher mühsamen Quellenforschung aufbringen und dann gelegentlich, ohne es zu ahnen, mit ihren neuen Aeusserungen das Bild noch weiter verwirren.

Aber schon die allerersten ärztlichen Bekundungen in den Akten, soweit sie nicht von fachärztlicher Seite stammen, sollten nicht ungeprüft übernommen werden. Der psychiatrisch nicht genügend vorgebildete Arzt wird, falls er einmal zufällig in einem Prozesse über psychiatrische Fragen vernommen wird, erfahrungsgemäss leicht dazu neigen, aus seinen Beobachtungen auf Drängen von Richter oder Verteidiger weitergehende Schlussfolgerungen zu ziehen, als sich bei strenger Nachprüfung aufrecht erhalten lässt. Leicht schleppt sich dann solche ungenügend gestützte Behauptung als bedeutsame Unterlage aus einem Gutachten in das andere fort.

Ferner sollte nie die blossе Tatsache, dass der Betreffende, dessen Geisteszustand begutachtet wird, sich schon früher in Irrenanstalten als Patient befunden hat, genügen, um darauf Annahmen aufzubauen. Immer ist erst zu versuchen, Einblick in seine Krankengeschichten zu erhalten, und auch diese sind kritisch zu lesen. Manchmal würde der Schreiber des einen oder anderen Krankenblattes seine Meinung ändern, wenn er jetzt noch einmal den gleichen Fall auf Grund des inzwischen vermehrten Materials zu beurteilen hätte.

Endlich ist in unserem Falle der Frau W. darauf hingewiesen worden, dass sie gewissermassen ihr bestimmtes Simulationssystem hatte. Das dürfte wohl von den meisten derartigen Individuen gelten. Zum Teil wohl auch aus diesem Grunde kehrt bei einzelnen die gleiche Form der Situationspsychose mit fast photographischer Treue wieder.

Unrichtig erscheint mir jedenfalls die Behauptung von Bresler, dass in der Art, wie Geisteskrankheit oder Krämpfe simuliert würden,

keinerlei System vorhanden sei, so dass auch die Ausführung der Entlarvung nie in der Ausführung bestimmter Technizismen erfolgen könne. Der Aufbau einer „Lehre“ von der Simulation geistiger Störungen gehört vielmehr nicht ohne Weiteres zu den Unmöglichkeiten, wenn wir auch zur Zeit von einer solchen noch kaum die Anfangsgründe besitzen mögen. Es war daher zu bedauern, dass Bresler sich lediglich mit einer Zusammenstellung der einschlägigen Schriften begnügte, ohne den Versuch zu wagen, das zusammengetragene Material nach bestimmten Gesichtspunkten zu ordnen und damit die Vorarbeiten für eine eindringende Erkenntnis in die psychologischen Gesetzmässigkeiten bei dem Zustandekommen simulierter „Krankheitsbilder“ zu liefern.

Liest man vielmehr die in der Literatur niedergelegten Simulationsfälle von diesem Gesichtspunkte aus aufmerksam durch, so sieht man sich bald zu dem Eingeständnis gezwungen, dass ganz merkwürdig oft die gleichen oder doch recht ähnliche Typen wiederkehren.

Sehr beliebt ist, wie schon erwähnt ward, blosse Gedächtnisschwäche für alle belastenden Vorkommnisse, wobei bald dem Gutachter die Deutung dieser Erscheinung überlassen, bald das Vorliegen eines „Dämmerzustandes“ behauptet wird. Um letztere Behauptung wahrscheinlicher zu machen, sind geriebene Simulanten sogar so weit gegangen, sich vorher „prophylaktisch“ auffällig zu benehmen. Ein solches Verfahren erinnert stark an den berüchtigten Alibinachweis alter Verbrecher.

Unter den bunteren Bildern phantastischer Wahnideen und Sinnes-täuschungen kehren, wie Schäfer treffend bemerkt, auffallend häufig bestimmte Formen wieder, wie schwarze Männer, die an den Menschenfresser im Märchen erinnern, Giftbeimengung im Essen, Intriguen des Staatsanwalts, der darauf ausgehen soll, den „Unschuldigen“ zu vernichten und deshalb von diesem zum Duell gefordert wird, vornehme Abstammung, wobei volltönende Namen, wie z. B. Henkel v. Donnersmark, eine schon unangenehme Bevorzugung erfahren. Stets fehlt jede merkliche Veränderung der Persönlichkeit und es besteht nur ein oberflächlicher Affekt. Die angeführten Verfolgungen bleiben ohne entsprechenden Einfluss auf das gesamte Gebahren. Die Aufforderung, über die angeblichen Sinnestäuschungen, die vorwiegend Gesichtstäuschungen sind, eingehender zu berichten, verursacht oft deutliche Verlegenheit oder es kommt zu ganz verzerrten Schilderungen, die suggestiv beliebig zu beeinflussen sind. Man hat hier immer wieder den Eindruck, dass die meisten derartigen Versuche einer Vortäuschung sich ganz ausserordentlich untereinander ähneln.

Auch Mönkemöller gelangte auf Grund ausgedehnter Erfahrungen auf diesem Gebiete zu dem Schlusse, dass in der Regel die gleichen Krankheitsbilder vorgespielt würden. Es seien das die landläufigen Irrsinnsformen, wie sie das Publikum sich vorstellte. Nur wer irgendwie Gelegenheit gehabt habe, selbst einen Fall von Geistesstörung näher zu beobachten, würde als Simulant dazu schreiten, diesen nachzuahmen und dadurch vielleicht ein selteneres Krankheitsbild kopieren. Verhältnismässig beliebt sei ausserdem bei Simulanten wegen des Eindrucks auf die meisten Gefängnisärzte die Nahrungsverweigerung, zuweilen verbunden mit Stummheit und Selbstbeschädigungsversuchen. Diese Angabe ist zweifellos richtig. Schon geringe Anstrengungen in solcher Richtung führen nämlich in manchen Gefängnissen mit absoluter Gewissheit zur sofortigen Verlegung in die Irrenanstalt, wo dann aber bei ruhigem Abwarten rasch ein geordnetes Verhalten zurückzukehren pflegt.

Uebrigens möchte ich eine solche Vorsicht der betreffenden Gefängnisärzte durchaus nicht tadeln. Im Zweifelsfalle ist es sicher besser, in dieser Richtung zu irren, als umgekehrt.

Auf Grund aller derartiger Beobachtungen häufiger Uebereinstimmung der Simulationsformen lag der Gedanke nahe, die üblichsten Bilder zu beschreiben und einzuteilen, um dadurch zu einer besseren Kenntnis und Uebersicht des auf diesem Gebiete Möglichen zu gelangen. Auf alle älteren Versuche dieser Art können wir hier nicht eingehen. Bekannt ist die Einteilung von Fürstner in Zustände von Blödsinn, von halluzinatorischer Bewusstseinstrübung, von Erregung mit Zerstörungssucht und unsinnigen Aeusserungen, endlich in eine Gruppe, deren Bild sich aus sehr verschiedenartigen, unregelmässig miteinander wechselnden Erscheinungen zusammensetzt. Daneben erwähnt aber Fürstner auch das Nachahmen von Paralyse und von Epilepsie mit Irresein.

Siemerling, welcher anerkennt, dass „durch Ausdauer, Geschicklichkeit, Intelligenz und Willenskraft mancher Simulant die geschicktesten Irrenärzte wenigstens eine Zeit lang zu täuschen verstanden hat“, nennt als häufigste Bilder Blödsinns-, leichte Depressions-, paranoische Zustände, auch Erinnerungsdefekte und Epilepsie.

Neuerdings hat dann Hübner eine erschöpfende Aufzählung zu bieten versucht. Er unterscheidet epileptische Anfälle, Stummheit, Regungslosigkeit, Schwachsinn, Bewusstseinstrübungen, traurige Verstimmung, Sinnestäuschungen und Wahnideen. Aber auch diese Uebersicht vermag auf der einen Seite noch nicht alle Formen zu berücksichtigen, die überhaupt möglich sind, während sie andererseits zu allgemein und farblos bleibt, um unserem Zweck zu genügen. Ohne gründlichere Vorarbeiten dürfte sich die hier angeregte Aufgabe wohl

gar nicht durchführen lassen. Zu viele Zufälligkeiten, persönliche Gewandtheit, Wissen, Vorleben, Neigungen usw. spielen beim Zustandekommen der einzelnen Simulationsbilder mit. Im allgemeinen dürften aber die zur Zeit im Lande herrschenden laienhaften Anschauungen über das Wesen Geistesgestörter am meisten zum Ausdruck drängen, oder aber die gelegentlich erworbenen individuellen Erfahrungen verwertet werden, wie z. B. der Fall von Riehm seine früher überstandene Alkoholpsychose benutzte. Je nach Begabung, Bildung, Rasse, Gegend werden wir daher andere Bilder zu erwarten haben. Interessant sind in dieser Beziehung die Mitteilungen von Penta über die ausserordentlich häufige Simulation in Neapel.

Immerhin hat Fürstner Recht, wenn er behauptet, dass trotz mancher Abweichungen, die durch die äusseren Verhältnisse bedingt sind, bestimmte Züge und Merkmale immer wiederkehren, denen darum eine gewisse diagnostische Verwertbarkeit nicht abzusprechen sei. Nur sind eben diese bisher höchst schwierig in Wort und Schrift festzuhalten. Man wird bisweilen bei einem neuen Fall unwillkürlich an eine frühere Simulationsbeobachtung erinnert, hat den zwingenden Eindruck des Unechten und kann doch nicht gleich sagen, wieso.

Mit Leppmann's Forderung, der Unterschied zwischen dem simulierten Bilde und den wirklichen Krankheitsformen des eigenen Erfahrungsschatzes müssten erheblich sein, ist in dieser Fassung wenig anzufangen.

Am greifbarsten ist noch immer wieder unter der Fülle bunter Mannigfaltigkeit, die uns bei jedem Ordnungsversuche entgegentritt, der klaffende Widerspruch zwischen der vom Simulanten zur Schau getragenen Verwirrtheit oder Demenz und der tatsächlichen guten Orientierung.

Penta hat sich über diesen wesentlichen Punkt, der ihm bei seinem grossen Material gleichfalls nicht entgehen konnte, folgendermassen ausgesprochen: Der Simulant setze sich leicht mit sich selbst in Widerspruch und werde sein eigener Verräter. Er sei nicht imstande, Gang, Haltung, Gesten, sein ganzes Benehmen und besonders seinen Blick mit seinen Reden in Einklang zu bringen. Sein lebhafter Wunsch, Eindruck zu machen, seine Unsicherheit über den Ausgang des Versuches und die Willensschwäche und Sorglosigkeit der Verbrechernatur bildeten die Gründe, weshalb der Simulant fortwährend sein Gebahren ändert. So werde die Simulation meist zur Karikatur einer Geisteskrankheit. Das wiederhole sich so regelmässig, dass man fast von einem besonderen klinischen Bilde sprechen könne. In dieser Hinsicht glichen sich alle Fälle von Simulation, so dass wer einen gesehen habe, hundert gesehen habe.

Oben ist bereits wiederholt auf derartige innere Widersprüche in den Darbietungen von Simulanten aufmerksam gemacht worden.

Schon Dedichen stellte fest, dass sich Versagen bei einfachsten Fragen verband mit guter Auffassung und Kenntnis der Tagesereignisse.

Der von Siemens begutachtete Weppe schwatzte fast nur in Gegenwart der Aerzte verwirrtes Zeug. Sein sich ängstlich verwirrt stellender Explorand Schmidt beobachtete stets alles genau, was um ihn herum vorging, drehte sich lebhaft und intelligenten Blickes um, blinzelte mit den Augen, um stets alles verfolgen zu können, zupfte bei Suggestivfrage misstrauisch und unentschlossen an den Fingern, bewies durch passende Antworten, dass er die Fragen verstand. Anstatt eine wirkliche Depression zu zeigen, lachte er, als Witze und Zoten gerissen wurden, unterdrückte aber das Lachen sofort, als es gemerkt wurde.

In dem von Longard und Pelmann geschilderten Falle bestand ein schroffer Gegensatz zwischen dem angeblichen totalen Versagen des Gedächtnisses und dem sonst ausgezeichneten Intellekt.

Bolte bemerkte bei seinem Schwachsinn Simulierenden ein stets den Umständen angepasstes und mit ihnen wechselndes Verhalten.

Krömer's Frau Z. erging sich den Aerzten gegenüber in unsinnigen Antworten, konnte nicht bis 10 zählen, wusste ihre eigenen Personalien nicht, nichts von ihrer Tat, während sie gleichzeitig einer Pflegerin gegenüber sich in jeder Hinsicht unterrichtet und geordnet erwies.

Die gleichen Erfahrungen machte Heller mit seinen Simulanten, die sich vor allem durch Uebertreibung und Inkonsequenz verrieten. In der Unterhaltung mit dem Untersucher wollten sie über die gewöhnlichsten Dinge nicht Auskunft geben können, während sie flott alle Momente nannten, die ihrer Exkulpierung förderlich erschienen, oder aber sie brachten ihre blöden Erwiderungen immer dann vor, wenn das Gespräch auf die ihnen zur Last gelegten Handlungen gelenkt ward.

Ferner sei erwähnt der durch Detektivs klargestellte Fall von Marcuse: Der Unfallkranke H. hatte sich vor dem Gerichtsarzte wie völlig verblödet benommen und keine Frage richtig beantwortet. Zwischen seinen Antworten sprach er schwachsinniges Zeug und erzählte unaufgefordert von ganz gleichgültigen Dingen, ein Zug, der uns auch in unserem Falle Frau W. begegnet war. Trotzdem liess sich zeigen, dass H. die Zeitungen las und die Tagesereignisse kannte; er suchte sich geeignete Kameraden zur Unterhaltung aus, spielte mit ihnen Dame und Mühle, sang mit richtigem Text ein Lied. Niemals beging er

eine unsinnige oder der Tat nicht entsprechende Handlung. Alle seine angeblichen Krankheitserscheinungen waren stundenweise ganz verschwunden.

Vielleicht würde es sich ermöglichen lassen, durch Aufdeckung der Gedankengänge, welche in einzelnen Fällen sicher entlarvter Simulation die Betreffenden zu gerade dieser Wahl von Symptomen bestimmt hatten, der hier vermutlich herrschenden psychologischen Gesetzmässigkeit mehr auf die Spur zu kommen und schärfer umschriebene Grundtypen von Simulationsmethoden aufzustellen.

Geständige Simulanten, wie unsere Frau W. dürften bereitwillig erkennen lassen, warum sie gerade diesen Weg wählten, sich im einzelnen Verhör so und nicht anders benahmen. Leider haben wir damals noch nicht auf diesen Punkt unser Augenmerk gerichtet. In künftigen einschlägigen Fällen würde ich nicht verfehlen, das Versäumte nachzuholen, und möchte auch andere, die dazu Gelegenheit haben, um Veröffentlichung entsprechender Feststellungen bitten.

Erst auf Grund einer derartigen Erkenntnis von dem eigentlichen Mechanismus der Simulationsmethoden liesse sich auch unser Vorgehen bei der Entlarvung in eine Art System bringen. Heute probieren wir mehr auf gut Glück die verschiedenen empfohlenen Mittel durch.

Vor den früher beliebten heroischen Gewaltkuren hat Moeli mit Recht gewarnt. Sie wirken nicht nur leicht inhuman und im Irrtumsfalle überaus schädlich, sie verraten meist auch eine bedenkliche Unsicherheit des Gutachters, falls dieser erst mit solchen Mitteln zu einem Urteil gelangen will. Andernfalls sind sie überhaupt überflüssig.

Zweifellos ist es ungeschickt, dem zu Begutachtenden von vornherein Misstrauen zu zeigen. Man braucht noch nicht so weit zu gehen, wie Mönkemöller, der sogar im Falle fester Ueberzeugung von vorliegender Simulation abrät, solches dem Delinquent deutlich zu machen: Der Simulant falle leichter aus der Rolle, wenn er wähne, man glaube ihm. Sonst nehme er sich zusammen und erschwere die Entlarvung. Allein starke Voreingenommenheit tut nie gut und es bleibt stets Aufgabe des Arztes, nach Möglichkeit das Vertrauen seines Patienten zu erringen. Erst wenn man mit Sicherheit bewusste Täuschungsversuche beobachtet hat, mag man sein Betragen ändern, und unter Umständen mit dem Simulanten offen und energisch reden.

Mir hat sich bisher immer am besten bewährt anfängliches Ignorieren der Uebertreibungen, gleichmässig freundliche abwartende Behandlung, bei Gelegenheit vielleicht vorsichtiger Versuch, neue Symptome zu suggerieren, dann Vorstellung in der Vorlesung und Auseinandersetzen der verschiedenen Aussichten, je nachdem Zurechnungsfähigkeit

oder Unzurechnungsfähigkeit anzunehmen wäre, also eine Kombination der von Hoche, Leppmann, Hübner angeratenen Verfahren.

Mit Ueberrumpelung und Einschüchterung wird man nur bei ausgesprochen hysterischen Erscheinungen oder bei manchen übertreibenden Schwachsinnigen Erfolg haben, läuft aber stets mit Anwendung derartiger Mittel wie Faradisieren Gefahr, sich bei Misslingen die Aufgabe zu erschweren. Dann wäre es noch zweckmässiger, eine Kombination von Ignorieren und Abschreckung eintreten zu lassen durch Versetzung auf die unruhige Abteilung, und zwar unter Umständen ins Dauerbad, wie Weichbrodt für manche Kriegsneurotiker empfohlen hat. Dort übersieht man scheinbar den Patienten, bis er sich selbst meldet und Wünsche vorträgt. Manchmal verschwinden so Stupor, Mutismus, Vorbeireden überraschend schnell. Es stellt ja diese Methode nichts eigentlich Neues dar, so wenig wie die sogenannte Kaufmann-Methode. In den meisten Anstalten dürfte man früher die hysterischen Stuporzustände faradisiert, die hysterischen Erregungen zur Beruhigung vorübergehend auf die unruhige Abteilung verlegt haben. Es sind auch in der Literatur Fälle beschrieben, wo ein solches Vorgehen rasch die besten Früchte bei Simulanten trug. So beobachtete Plaszek einen Kn., der nach leichtem Unfall schlecht hörte und „den wilden Mann spielte“. Die blosse Verlegung auf die geschlossene Abteilung genügte, um sofortiges Eingeständnis der beabsichtigten Täuschung zu erzielen. In der Umgebung unruhiger Kranker versagte dem Kn. alle Energie, die bisherige Rolle durchzuhalten. Er hörte wieder gut und bekannte offen seinen Schwindel.

Jedenfalls sollte man sich bei der Begutachtung von Simulationsverdächtigen stets möglichst Zeit lassen und bedenken, dass gerade die Zeit sich gewöhnlich als wertvolle Verbündete erweisen wird, da sie unvermeidlich die Durchführung der Simulation erschwert, den Betroffenen, der nicht erkennt, was mit ihm werden soll, schwankend macht und gleichzeitig dem Untersucher immer neues Material in die Hände spielt, zumal wenn es gleichzeitig gelingt, ein ausgedehntes Netz unauffälliger Beobachtung um den Simulationsverdächtigen zu legen.

Also gründlichste Aufdeckung der Vorgeschichte, vorsichtige Nachprüfung etwa früher erstatteter Gutachten, sorgsame körperliche Untersuchung und geduldige Ueberwachung und Beobachtung mit nur gelegentlicher aktiver Eiwirkung je nach der Art des Falles, das müssen unsere hauptsächlichsten Mittel sein, um einer Simulation auf die Spur zu kommen. Nur wer in dieser Weise jede Uebereilung meidet und keine zeitraubende Arbeit scheut, wird sich vor unliebsamen Ueberaschungen zu sichern imstande sein.

Literaturverzeichnis.

- Becker, Ueber Simulation von Schwachsinn. Klin. f. psych. u. nerv. Krankheiten. 1909. Bd. 4. S. 69.
- Birnbaum, Die psychopathischen Verbrecher. Berlin 1914.
- Derselbe, Simulation und vorübergehender Krankheitszustand. Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1909. S. 48.
- Bolte, Ueber einige Fälle von Simulation. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1903. Bd. 60. S. 47.
- Bonhoeffer, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Samml. zwangl. Abhandl. Bd. 7. H. 6.
- Bresler, Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie. Halle 1904.
- Bunse, Die reaktiven Dämmerzustände und verwandte Störungen in ihrer Bedeutung als Kriegspychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1918. Bd. 40. S. 237.
- Claus, Ein Fall von simulierter Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 33. S. 153.
- Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. Jena.
- Crell, Ueber Simulation und Dissimulation von Geistesstörungen. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 56. S. 454.
- Dedichen, Ein Fall von simulierter Geisteskrankheit. Ebenda. Bd. 56. S. 407.
- Dietz, Simulation von Geistesstörung. Ebenda. 1897. Bd. 53. S. 1.
- Forster, Hysterische Reaktion und Simulation. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 42. S. 298.
- Frank, Ein Fall von Simulation. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54. S. 136.
- Fritsch, Simulation und Dissimulation. Dittrich's Handb. d. ärztl. Sachverständigentätigkeit. Bd. 8.
- Ganser, Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psych. Bd. 30. S. 633.
- Heller, Simulation. Fürstenwalde 1882.
- Henneberg, Ueber das Ganser'sche Symptom. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1904.
- Derselbe, Ueber Aggravation und Simulation. Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh. v. 9. 7. 17.
- Hey, Das Ganser'sche Symptom. 1904.
- Hoche, Handb. d. gerichtl. Psychiatrie. Berlin 1909.
- Hoppe, Simulation eines Psychopathen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1916. Bd. 51. S. 69.
- Derselbe, Simulation bei zweifelhaften Geisteszuständen. Ebenda. 1908. Bd. 35. S. 38.
- Hübner, Lehrb. d. forens. Psychiatrie. Bonn 1914.
- Jolly, Ph., Simulation von Geistesstörung. Aerztl. Sachverständ.-Ztg. 1913. S. 214.
- Jung, Ein Fall von hysterischem Stupor bei einer Untersuchungsgefangenen. Journ. f. Psych. u. Neurol. 1902. Bd. 1. S. 110.

- Derselbe, Aerztliches Gutachten über einen Fall von Simulation geistiger Störung. Schweiz. Zeitschr. f. Strafrecht. 1904.
- Kirchhoff, Nachweisung der Simulation bei einem Strafgefangenen. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 39. S. 769.
- König, Beiträge zur Simulationsfrage. Arch. f. Psych. Bd. 58. S. 667.
- Kraepelin, Psychiatrie. Leipzig 1909.
- v. Krafft-Ebing, Gerichtliche Psychopathologie. 1900. S. 39.
- Krömer, Simulation von Geistesstörung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1893. Bd. 6. S. 286.
- Leppmann, Simulation von Geisteskrankheiten: Becker, Die Simulation. Leipzig 1908.
- Longard, Ueber einen interessanten Kriminalfall. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 51. S. 434.
- Lückerath, Ueber Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1909. S. 45.
- Marcuse, Ein Fall von Simulation. Med. Klin. 1913. S. 34.
- Mattauschek, Simulation geistiger Störung. Jahrb. f. Psych. 1903. Bd. 23. S. 434.
- Mayer, W., Ueber Simulation und Hysterie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 39. S. 315.
- Meyer, E., Psychiatrie. Diagnost. u. therap. Irrtümer v. Schwalbe. Leipzig 1917.
- Mezger, Simulation und Dissimulation von Geisteskrankheiten. Monatsschr. f. Kriminalpsych. 10. Jahrg. S. 585.
- Moeli, Ueber irre Verbrecher. Berlin 1888.
- Derselbe, Diskussion zu Henneberg's Vortrag v. 9. 7. 17.
- Mönkemöller, Zur forensischen Wertung der Simulation. Gross' Archiv. Bd. 63. S. 134.
- Nerlich, Ein Fall von Simulation geistiger Störung. Ebenda. Bd. 50. S. 24.
- Penta, Simulation von Geisteskrankheit. Uebers. v. Ganter. Würzburg 1906.
- Pick, Zum Verständnis des sogenannten Vorbeiredens usw. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 42. S. 197.
- Plaszek, Simulation von Geistesstörung und Schwerhörigkeit. Med. Klinik. 1911. S. 1176.
- Raecke, Zur Lehre vom hysterischen Irresein. Arch. f. Psych. Bd. 40. S. 171.
- Derselbe, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58. S. 115.
- Derselbe, Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Ebenda. S. 409.
- Raimann, Ueber Simulation und Geistesstörung. Jahrb. f. Psych. 1902 und Wien. med. Wochenschr. 1905. S. 173.
- Derselbe, Hysterische Geistesstörungen. Leipzig u. Wien 1904.
- Repkowitz, Ueber die Simulation und Uebertreibung. Vers. Nordd. Psych. u. Neurol. Hamburg 1917.
- Ricklin, Zur Psychologie hysterischer Dämmerzustände usw. Psych.-neurol. Wochenschr. 1904. Nr. 22.

- Riehm, Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheit. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. S. 28.
- Rosenbach, Drei Fälle simulierter Geistesstörung usw. Ebenda. 1908. S. 978.
- Salgo, Fälle von Simulation. Ebenda. Bd. 52. S. 900.
- Schäfer, Simulation von Geisteskrankheit. Monatsschr. f. Kriminalpsych. 10. Jahrg. S. 604.
- Scholz, Simulierte Geisteskrankheit. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 30. S. 222.
- Schott, Simulation und Geistesstörung. Arch. f. Psych. Bd. 41. S. 254.
- Schultze, E., Ueber Psychosen bei Militärgefangenen. Jena 1904.
- Derselbe, Weitere psychiatrische Beobachtungen an Militärgefangenen. Jena 1907.
- Siefert, Ueber die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle 1907.
- Siemens, Zur Frage der Simulation von Seelenstörung. Arch. f. Psych. Bd. 14. S. 40.
- Siemerling, Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen. Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 48.
- Derselbe, Streitige geistige Krankheit. Schmidtman's Handb. d. gerichtl. Med. 3. Bd.
- Derselbe, Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Berlin 1897. S. 36.
- Snell, Ueber Simulation von Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 13. S. 1.
- Stern, Beiträge zur Klinik hysterischer Situationspsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 50. S. 640.
- Sträussler, Beiträge zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Jahrb. f. Psych. Bd. 32. H. 1/2.
- Wassermeyer, Geisteskrankheit oder Simulation. Friedreich's Bl. 1912.
- Westphal, A., Ueber hysterische Dämmerzustände usw. Neurol. Zentralbl. 1903. Nr. 1 u. 2.
- Wilmanns, Ueber Gefängnispsychosen. Samml. zwangl. Abhandl. Halle 1908. Bd. 8. H. 1.

XXIII.

Die Simulation psychischer Krankheitszustände in militärforensischer Beziehung.

Von

Dr. Mönkemöller (Langenhagen).

Die Simulation psychischer Krankheitszustände hat zu allen Zeiten im Militärwesen eine bedeutsame Stellung eingenommen. Es ist noch nicht so lange her, dass ihr von der forensischen Militärpsychiatrie ein grosses Gewicht eingeräumt wurde. Das Walten der bewussten Vortäuschung geistiger Krankheitserscheinungen witterte man beim Militär und insbesondere in gerichtlichen Fällen auch dann noch, als man sonst schon allgemein zu der Erfahrung herangereift war, dass die reine Simulation, also die bewusste Vortäuschung krankhafter Geisteszustände von einem Individuum, dessen geistige Gesundheit unanfechtbar war, äusserst selten sei.

Allerdings war man sich auch hier schon längst darüber klar, dass man sich davor hüten müsse, die Bedeutung der Simulation zu überschätzen. Auch hier erlebte man immer wieder, dass man, selbst wenn es gelungen war, die Vortäuschung oder Uebertreibung psychischer Krankheitszustände nachzuweisen, hinter diesem Schleier auf ein psychisches Gesamtbild stiess, dem die Zurechnungsfähigkeit entweder überhaupt nicht, oder doch nur mit grossen Einschränkungen zugebilligt werden konnte.

Nach Köster¹⁾ und Kirn²⁾ ist die Vortäuschung psychischer Krankheitsbilder ohne jede positive Grundlage in der Armee ausserordentlich selten.

Auch Düms³⁾ vertrat die Ansicht, dass gewöhnlich Verstellung häufiger angenommen werde, als es wirklich zutreffe. Ueberhaupt waren

1) Podestà, Häufigkeit und Ursachen seelischer Erkrankungen in der deutschen Marine unter Vergleich mit der Statistik der Armee. Arch. f. Psych. 1905. Bd. 40. S. 668.

2) Kirn, Ueber die Verkenntung von Seelenstörungen im Militärstande. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1875. Bd. 31. S. 478.

3) Düms, Handbuch der Militärkrankheiten. Leizig 1900. Bd. 3. S. 578.

sich die neueren Autoren [Bennecke¹⁾] darüber einig, dass Simulation als planmässiges Delikt bei uns seltener geworden ist.

In den Jahren 1905 bis 1909 schwankte beim deutschen Heere die Zahl der nach den §§ 81 und 83 wegen Simulation und Selbstverstümmelung verurteilten Personen zwischen 24 und 39 jährlich bei einer Gesamtziffer der Verurteilungen zwischen 11500 und 12800.

Dabei betonte allerdings auch Bennecke, dass die Zahl der Simulationen — worunter natürlich in erster Linie die von körperlichen Leiden zu rechnen sind —, in diesen statistischen Zahlen nicht nach ihrem vollen Umfange zum Ausdruck kommt, weil sie in ihren harmlosen Formen gar nicht bis zur richterlichen Erfassung gelangt. Die Behandlung dieser leichteren Vortäuschungsversuche ist eben anders geworden. Man appelliert an das Ehrgefühl des Mannes, man baut ihm goldene Brücken und verspricht ihm, dass die Sache keine gerichtliche Folgen für ihn haben soll, wenn eine Besserung erkennbar ist. Da aus solchen Drückebergern noch oft recht brauchbare Soldaten werden können, fühlt der Militärarzt sich nicht sofort berufen, über jede Vortäuschung Anzeige zu erstatten.

So betont denn auch Blau²⁾:

Und dann wollen wir nicht vergessen, dass der erste Betrug erst die oberste Stufe auf der Stufenleiter, erst das Extreme darstellt, dass es eine Menge Zwischenstufen gibt und dass eine ganze Anzahl von Einflüssen auf einen sonst rechtlich und gut denkenden Mann eingewirkt haben kann, um ihn zur Krankheitsvortäuschung zu bewegen: Beschränktheit, Verängstigung durch andere, Charakterschwäche, Beeinflussung durch Angehörige, niederer Bildungsgrad und grosse innere Umwälzungen. Und mag auch der Arzt noch so fest von der Simulation überzeugt sein, ob er in juristischer Beziehung die nötigen Handhaben für eine Verurteilung darbietet, ist nicht immer gesagt. So wird lieber von vornherein darauf verzichtet, ihn dem Gerichte zu überweisen.

Dagegen hat, was die Simulation psychischer Krankheiten anbetrifft, die Zahl der hierüber veröffentlichten Fälle eine wesentliche Verringerung erfahren. Denn ein grosser Teil von ihnen hält einer kritischen Anfechtung nicht stand. Gerade in der älteren Literatur segeln noch zahlreiche Fälle von Hysterie und Dementia praecox mit ihren oft so gekünstelt unnatürlich erscheinenden Krankheitsäusserungen unter der Flagge der Simulation.

1) Bennecke, Simulation und Selbstverstümmelung in der Armee unter besonderer Berücksichtigung der forensischen Beziehungen. Arch. f. Kriminalanthrop. und Kriminalstat. 1911. Bd. 43. S. 197.

2) Bennecke, l. c. S. 198.

Bennecke¹⁾, der die Akten von 42 militärischen Simulationsfällen bearbeitete, in denen es zur Verurteilung von 15 Simulanten kam, verfügte auch über 2 Fälle von Simulation psychischer Störungen.

Für den Soldaten hat die Simulation und selbst die Aggravation psychischer Störungen eine wesentlich unangenehmere Bedeutung als im bürgerlichen Leben.

Er wird, wenn er darauf ausgeht, der Erfüllung der Dienstpflicht zu entgehen, strafbar. Dieser grundlegende Unterschied gründet sich darauf, dass das feste Gefüge der Armee auf der unbedingten Sicherheit der Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht beruht. Die Simulation rüttelt an diesem Gefüge. Bliebe sie straflos, so würde sie sicher bei der ansteckenden Verbreitungsweise solcher Versuche in weitgehendstem Masse die Bestrebungen fördern, die der Erfüllung der Dienstpflicht entgegenarbeiten. Die hohen Strafen, die darauf stehen, sollen abschreckend wirken.

Aber wenn es nicht zu einer Verurteilung kommt und nicht einmal ein Verfahren eingeleitet wird, ist das Schicksal der Soldaten, die zum Simulanten gestempelt werden, bei der Truppe nicht gerade sehr erfreulich. Es ist klar, dass Elemente, die derartigen Neigungen fröhnen, mit der ganzen Strenge des Dienstes angefasst werden.

Spielen derartige Neigungen in ein Verfahren wegen Fahnenflucht hinein, so werden Zweifel, ob der Täter sich der Dienstpflicht entziehen wollte, zu seinen Ungunsten ausgelegt.

Auch sonst wird bei anderen militärischen Delikten seltener ein „minder schwerer Fall“ angenommen, wenn der Täter auf Vortäuschung und Uebertreibung ertappt wird, auch wenn gegen ihn nicht ausdrücklich das Verfahren wegen Simulation eingeleitet wird.

Der jetzige Krieg liess von vornherein nicht erwarten, dass wir allzuviel mit der Simulation zu tun haben würden.

An und für sich hätte ja theoretisch überhaupt nicht damit gerechnet werden dürfen, dass die Verbindung von Verbrechen und Geisteskrankheit derartige Blüten treiben würde. Im Beginne des Krieges war im Heere ein Material vertreten, das in körperlicher und geistiger Beziehung eine Auslese darstellte, von dem kriminelle Elemente schwererer Färbung einerseits und psychisch kranke Persönlichkeiten andererseits systematisch ferngehalten worden waren. Auch bei zweifelhafteren Naturen war durch die Begeisterung jener Zeit, durch den Idealismus, der alles verklärte, alle jene Bestrebungen fortgespült worden, auf denen die Simulation Fuss fassen konnte.

1) Bennecke, l. c. S. 203.

Im weiteren Verlaufe des Krieges ist hierin ja gründlich Wandel geschaffen worden. Vor allem hat der Krieg mit seinen unzähligen, die Psyche schädigenden Einflüssen die allgemeine geistige Beschaffenheit des Heeres gewaltig verschlechtert. Die Schranken, die bei Personen, die einmal psychisch krank gewesen sind, dem Eintritt in die Armee entgegenstanden, sind gefallen. Die Insassen der Gefängnisse, der Korrekptionsanstalten, die schweren Psychopathen der Fürsorgeerziehung stehen mit oder gegen ihren Willen unter den Fahnen. So ist es kein Wunder, dass die Militärkriminalität einen erheblichen Umfang angenommen hat. Spielte schon die Geisteskrankheit im Zivilleben unter den Ursachen der Kriminalität eine grosse Rolle, so hat sie sich im allmählichen Fortschreiten des Krieges eine noch viel grundlegendere Stellung erworben.

So war allmählich eine genügend grosse Grundlage von Psycho-pathie und erworbener geistiger Entartung geschaffen, ohne die die Simulation nicht emporzuwuchern pflegt.

Gleichzeitig wurde eine weitergehende Senkung des sittlichen Niveaus erkennbar. Bei schwächeren Naturen wurden die ethischen und moralischen Gefühle abgestumpft. Die Begeisterung der ersten Tage, die die niedrigen Instinkte zu Boden gehalten hatte, verrauchte. Hatten solche psychisch geschädigte Personen mit der Erinnerung an schwerste Kriegserlebnisse zu kämpfen, dann suchten sie eher weiterer Schädigung durch Mittel aus dem Wege zu gehen, denen sie sonst abhold gewesen wären. Dazu kam wieder die Macht der psychischen Ansteckung. Wer zu solchen Bestrebungen neigte, hatte reichlich Gelegenheit gehabt, sich mit dem nötigen Rüstzeug in anderer Masse zu wappnen als sonst. Was so viele Kriegsneurotiker, die von einem Lazarett zum andern wandeln, an geistiger Elastizität einbüssten und was sie dafür an neurologischen Kenntnissen eintauschten, das wurde geradezu ein Krebs-schaden. Nicht selten mussten wir hier feststellen, dass Kranke, die von bestimmten Nervenstationen kamen, in der Technik der Untersuchung recht gut beschlagen waren und gelegentlich auch davon reichlichen Gebrauch machten.

Mehr noch hat sich dieser Uebelstand auf den Abteilungen herausgebildet, auf denen sich eine grössere Zahl von forensischen Beobachtungs-kranken sammelte. Immer wieder mussten wir hier die Erfahrung machen, dass sich gerade die kriminellen Elemente, die auf die Segnungen des § 51 nicht die weitgehendste Anwartschaft hatten, sich bald gefunden hatten und dass sich die Unbefangenheit, mit der sie zuerst der Beobachtung gegenüberstanden, bald sichtlich verlor. Die Erinnerung an die Straftaten schrumpfte zusehends zusammen, je mehr

die Anwärter auf den § 51 sich von der Tragweite eines erlösenden Erinnerungsausfalles überzeugt hatten. Ebenso hatten Soldaten in der Untersuchungshaft diese Gelegenheit nicht ungenutzt vorübergehen lassen, um auf psychiatrischem Gebiete die Kinderschuhe auszutreten. Legte man gelegentlich Wert darauf, das Gutachten in Abwesenheit des Angeklagten zu erstatten, so wurzelte das in der trüben Erfahrung, dass das Anhören des Gutachtens noch den Nebenzweck erfüllt hatte, den Angeklagten auf manche Fehler in seinen Verteidigungsversuchen aufmerksam zu machen. Bei einer zweiten Untersuchung verrieten sie die Anregungen, die sie in den geistsprühenden Ausführungen des Gutachtens eingesogen hatten.

Eine recht unerwünschte Quelle der Ausbildung in der Militärpsychiatrie sind auch die Gefangenenkompagnien, in denen sich die Häftlinge in freierer Bewegung als sonst zusammen drängten. Manche Erregungszustände, manche Depressionen, die sich hier plötzlich einstellten, obgleich ein grosser Teil der ungünstigen Einflüsse der Haft hier ausgeschaltet ist, machten eine kritische Beurteilung erforderlich, obgleich sich hier ein schwer psychopathisches Material anhäuften, bei dem derartige Ereignisse nicht auffällig erschienen. Aber hier gedieh die Wertschätzung der militärisch-forensischen Begutachtung ganz besonders. Schliesslich gestanden einige Delinquenten offenherzig ein, dass sie gar nicht im Ernste darauf gerechnet hatten, dass die Beobachtung ihnen den Weg zur Straffreiheit erschliessen werde. Aber die Aussicht, einige Zeit die öde Zwangsarbeit mit den lichten Räumen der Irrenanstalt vertauschen zu können, genügte, sie zu bestimmen, den krankhaften Seiten ihrer meist nicht ganz einwandfreien Psyche einige grelle Lichter aufzusetzen.

Der Krieg hat die Erfahrungen bestätigt, die wir im Frieden gemacht hatten: die Simulation ist sehr selten, die Uebertreibung wesentlich häufiger und auf einem einwandfreien Boden erwächst sie nie.

Nach Voss¹⁾ wird von Laien und auch von Aerzten Vortäuschung oder Uebertreibung bei unseren Soldaten häufig angenommen. Reine Simulation ist aber sehr selten, häufiger Aggravation.

Krüll²⁾ wies darauf hin, wie wertvoll die Untersuchung der Angeklagten nahe an der Front ist. Dadurch würden viele Einflüsse ausgeschaltet werden, die eine Verdunkelung des Geisteszustandes herbei-

1) Voss, Erfahrungen über Simulation b. Militärpersonen. Neurol. Zentralbl. 1916. Nr. 17. S. 728.

2) Krüll, Die strafrechtliche Begutachtung der Soldaten im Felde. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 24.

führen können. Er erwähnt in keinem Falle eine Simulation. Immerhin lag nie eine ausgesprochene Geisteskrankheit vor, und wenn er in 13 Fällen zu einer glatten Ablehnung des § 51 kam, so lässt sich nicht von der Hand weisen, dass hier auch gelegentlich Krankheitssymptome stärker aufgebauscht wurden.

In eingehender Weise kamen die Ansichten über die Häufigkeit der Simulation in dem Vortrage Henneberg's¹⁾ zu Wort, bei dem es sich im wesentlichen um nervöse Krankheitserscheinungen handelte. Reine Simulation sah er selten, weil die unwilligen Disponierten zurzeit leicht den Weg in die Hysterie fänden.

Hirschfeld hielt die Simulation für eine seltene Erscheinung, während die Aggravation von Symptomen, die im Gefolge von Schreck aufgetreten seien, häufig nachweisbar sei. Unter ungefähr 600 Fällen von Kriegshysterie konnte er die Simulation 5mal eiwandsfrei nachweisen.

Nach Peritz ist die Zahl der Simulation auf der inneren Station häufiger, als auf der neurologischen, was von Möller bestätigt wurde, und Singer glaubte, dass alle hysterischen Taubstummen Simulanten seien. Wenn auch Oppenheim auf dem alten Standpunkte Charcot's stehen blieb, dass von Simulation bei Hysterie und den verwandten Neurosen diejenigen am meisten sprächen, die davon am wenigsten verstanden, gab er zu, dass der grosse Krieg ganz neue Verhältnisse und neue Bedingungen geschaffen habe, einmal durch die Massenansammlung von Neurosen, dann besonders dadurch, dass die Zahl der Menschen, die krank erscheinen wollen, zugenommen habe. Da seine Erfahrungen sich vorwiegend auf die beiden ersten Kriegsjahre erstreckten, hatte er weniger von Aggravation und Simulation gesehen.

Auch Bonhoeffer betonte, dass die Aggravation praktisch eine grössere Rolle spielte, als die Simulation.

Régis²⁾ verlangte Vorsicht bei der Verwertung des Ganser'schen Symptomes bei Militärgefangenen, bei denen er Simulationsversuche als relativ häufig bezeichnete.

Das Material, das mir zur Verfügung steht, umfasst über 700 Fälle, die im hiesigen Vereinslazarette begutachtet wurden. Nicht in Betracht gezogen wurde eine Anzahl von Fällen, die später kriminell wurden, und andere, über die nur kurze gutachtliche Aeusserungen erfordert

1) Henneberg, Ueber Aggravation und Simulation. Neurol. Zentralbl. 1917. Nr. 18. S. 765.

2) Régis, Simulation de la folie et syndrome de Ganser. Revue de médecine légale. 1912. 19. T. p. 226.

wurden. Ausser Berechnung blieben auch Kriminelle, die auf Grund des § 51 freigesprochen waren und später bei Nachprüfung ganz eigenartige Besserungen feststellen liessen und bei denen andere Anhaltspunkte dafür sprachen, dass die Angeklagten ihr geistiges Licht erheblich unter den Scheffel gestellt hatten.

Die beobachteten Fälle umfassen einen, allerdings ziemlich grossen Prozentsatz der in psychischer Beziehung verdächtigen Klientel der stellvertretenden 38. und 40. Infanterie-Brigade, des Gerichtes des stellvertretenden 10. Armeekorps, des Gerichtes der Gefangenenlager des 10. Armeekorps sowie der entsprechenden Untergerichte. Zeitweise waren auch Angehörige der 37. und 39. Infanterie-Brigade hier begutachtet worden, sowie vereinzelte Angehörige anderer Truppenverbände. Aber auf der einen Seite fielen nicht alle forensischen Fälle der hiesigen Beobachtung zu und auf der anderen Seite bringt es die Lage Hannovers an der bedeutendsten Verbindungslinie zwischen dem westlichen und östlichen Kriegsschauplatze mit sich, dass hier gelegentlich eine verhältnismässig grosse Zahl von Angehörigen fremder Truppenteile strandet.

Zahlenmässig lässt sich aus diesem Materiale nichts folgern. Die Hinzuziehung des Psychiaters hat sich derart gesteigert, wie es im Frieden auch von der ausschweifendsten Phantasie nicht für möglich gehalten worden wäre. Von Seiten der Militärgerichte wurde dem Heranspielen der Psychopathie in dies Gebiet die weiteste Rechnung getragen. Von der früheren Neigung, in übertriebenem Masse Simulation zu erkennen, war nicht die Rede. Im Gegenteil, in nicht wenigen Fällen hätten die Gerichte gerne auch dort noch Milde walten lassen, wo die psychopathische Grundlage gewaltig von Simulationsbestrebungen überwuchert war. Auch in der Militärarrestanstalt und im Militärgefängnis haben sich die Beamten eine durchaus milde Auffassung und ein verständnisvolles Erkennen psychischer Krankheitszustände angeeignet. Das steigerte sich gelegentlich bei dem Massenandrang derartiger Elemente zu dem unverkennbaren Bestreben, solche Kranke möglichst schnell an das Lazarett loszuwerden, wenn sie durch eine Zuspitzung oder geräuschvolle Vorführung zweifelhafter Symptome den Frieden des Gefängnisses gestört hatten.

Jedenfalls stand hier ein Material zur Verfügung, wie es im Frieden nie auch nur annähernd zur Beobachtung gelangt war. Hier liess sich auch die allmähliche Zunahme der psychopathischen Elemente feststellen und gleichzeitig die Zunahme der Bestrebungen, das Ergebnis der Beobachtung nach den Wünschen der Angeklagten zu wenden.

Im Nachstehenden habe ich nur 25 von den 55 Fällen angeführt, bei denen die Frage der Simulation zu ernstlichen Bedenken Anlass

gegeben hatte. Ausgeschieden sind die Fälle, in denen von Laienseite der Verdacht auf Simulation erhoben worden war, in denen sich aber ohne Zweifel die Krankheitsbilder feststellen liessen, die in der Regel bei Laien zu dieser falschen Auffassung Anlass gegeben hatten.

Unter den Krankheitsformen, die im Militärleben am liebsten vortäuscht werden, gehört nach wie vor die geistige Schwäche und zwar wurde hier mit besonderer Vorliebe die angeborene Geisteschwäche bevorzugt.

Auch hierbei handelte es sich im wesentlichen nicht um die reine Vortäuschung eines geistigen Schwächezustandes von Personen, die über eine mittleren Ansprüchen genügende Intelligenz verfügten. Gerade solche Elemente, die unter anderen Umständen sich gehütet hätten, ihr geistiges Versagen zuzugeben, setzten ihr erheblich stärkere Lichter auf. Das kam zunächst auch in den Fällen nicht selten zu Tage, in denen nur die Dienstfähigkeit festgestellt werden sollte. Weit mehr wie im Frieden hatte sich herausgestellt, dass selbst nicht unerhebliche geistige Schwächezustände nicht genügten, um die Dienstfähigkeit auszuschliessen. Waren doch die früheren Besucher der Hilfsschulen und die ehemaligen Fürsorgezöglinge, bei denen die Anstaltsleiter die Militärbehörden mit Rücksicht auf den geistigen Tiefstand vor der Einstellung in das Heer gewarnt hatten, ruhig Soldaten geworden und hatten sich zum Teil viel besser bewährt, als das nach theoretischen Anschauungen von vornherein möglich erschienen wäre. Hatte es auch sogar ein Soldat, der früher 8 Jahre lang Zögling der hiesigen Idiotenanstalt gewesen war, bis zum Unteroffizier gebracht.

Fall 1. Jäger Friedrich A., Arbeiter, 29 Jahre. Entfernt sich einige Tage nach dem Dienst Eintritt unter Preisgabe seiner Dienstgegenstände. Einstellung des Strafverfahrens auf Grund eines Gutachtens, das nach den praktischen Erfahrungen, die die Vorgesetzten im Dienst gemacht hatten, einen sehr erheblichen Grad von Geistesschwäche annahm. Gerade, weil „diese Geistesschwäche fast an Idiotie reiche, sei Simulation gänzlich ausgeschlossen.“

Bald darauf entfernt A. sich wieder von der Truppe. Die in der Heil- und Pflegeanstalt in L. durchgeführte Beobachtung kam zu dem Ergebnisse, dass A. wohl geistig schwach veranlagt sei, dass aber der Grad der Geistesschwäche nicht als Strafausschliessungsgrad angesehen werden könne. Auf Grund der über sein Vorleben eingezogenen Erkundigungen sowie der in der Anstalt über ihn gemachten Beobachtungen müsse vielmehr angenommen werden, dass er seine intellektuellen und ethischen Mängel absichtlich und bewusst übertreibe bzw. einwandfrei simuliere. Darauf Wiedereröffnung des Strafverfahrens.

Nach den Angaben des Lehrers war er kein besonders begabter Schüler gewesen, hatte es aber bis zur ersten Klasse gebracht. In der Lehre und in seinen späteren Stellungen war er ganz brauchbar gewesen.

Weitere Erkundigungen des Gerichts ergaben, dass A. zeitweise den Eindruck eines nicht normalen Menschen erweckte, sich herumtrieb, nichts auf seine Kleidung gab, öfters mit der Arbeit aufhörte und dumme Reden führte. Mehrere Male äusserte er allerdings, er habe keine Lust zum Militär und finge noch etwas an, um dann loszukommen.

Das Gericht gewann den Eindruck offensichtlicher Simulation.

Anstaltsbeobachtung. In den ersten Tagen verkroch er sich stets unter der Bettdecke. Später sprach er nie von selbst ein Wort, hielt sich auch von den anderen Kranken zurück und gab auf Befragen keine Antwort, dabei hatte er sich von selbst an die Stationsarbeiten herangewagt und zeigte sich dabei sehr anständig. Die Station versorgte er, obgleich die Zahl der Insassen sehr stark wechselte, stets richtig, ohne dass an der Zahl jemals etwas gefehlt hätte oder zuviel gewesen wäre. Einmal erklärte er, er wäre weggelaufen, er ginge lieber ins Gefängnis als ins Feld. Ein anderer Beobachtungskranker, mit dem zusammen er vorher einige Wochen in Untersuchungshaft gewesen war, teilte mit, dass A. ihm in der Haft ganz genaue Angaben über die Straftaten gemacht hatte und in keiner Weise das Verhalten gezeigt hatte, das jetzt bei ihm beobachtet wurde. Bei den Untersuchungen sass er unbeweglich da, starrte mit blödem Blicke vor sich hin und gab nur abgerissen und eintönig Antwort. Später gab er sich überhaupt keine Mühe nachzudenken, sondern antwortete sofort: „das weit ick nich.“

Die notwendigsten Personalien gab er an, musste sich aber lange besinnen, wie er mit Vornamen hiess.

Auch bei der Intelligenzprüfung antwortete er fast nur mit dem düsteren „das weit ick nich.“ Die Woche hatte bei ihm 5 Tage, welcher Tag nach dem Sonntag kommt, weiss er nicht, die Uhr kennt er nicht. 1×1 rechnete er richtig aus, 2 und 2 gelang ihm nicht mehr. Woher die Milch kommt, wollte er nicht wissen, auch nicht, wozu sie verarbeitet wird. Ebenso wenig war ihm bekannt, welche landwirtschaftlichen Arbeiten in der jetzigen Jahreszeit verrichtet werden. Von landwirtschaftlichen Arbeiten, Pflügen, Düngen, Pflanzen, Stallreinigen wollte er gar nichts wissen. Wieviel und wie oft ein Soldat Löhnung bekommt, war ihm unbekannt, schliesslich meinte er: „50 Mark am Tage,“ Geld wollte er nicht kennen, Lesen und Schreiben wollte er nie gelernt haben. In der Schule habe er sehr schlecht gelernt und sei immer in der untersten Klasse gewesen. Sonst wollte er aus seiner Kindheit nichts wissen. Einmal sei er mit einem Knüppel auf den Kopf geschlagen worden. Er habe gern und viel Schnaps getrunken. Später habe er bei einem Bauern gearbeitet und 6 M. in der Woche verdient.

Ueber die ihm zur Last gelegten Straftaten war so gut wie nichts herauszubekommen. Er antwortete mürrisch ja oder nein, stierte immer mit ödem Blicke vor sich hin und murmelte Unverständliches in sich hinein.

Die Symptome besagter Schwäche, die vor dem Militärdienste nie beobachtet worden waren, sind im wesentlichen nur den Vorgesetzten und dem Beobachter angeführt worden. Nachdem er verurteilt worden war, wurde die Strafvollstreckung ausgesetzt. Er gab dann das Verhalten auf, führte sich gut, kam ins Feld und ist forensisch nicht wieder bekannt geworden.

Fall 2. Musketier Walter K., Landarbeiter, 22 J. Steht seit Dezember 1915 im Felde. Nach dem ersten Vierteljahre kam er wegen einer Fussverletzung zurück. Bis dahin, November 1916, Fahnenflucht und eine komplizierte Urkundenfälschung. 5 Jahre Gefängnis. Bis April 1917 in Strafhaft. Dann Aussetzung der Strafe, führte sich im Felde gut. Im Sommer 1917 wegen eines Blasenleidens in die Heimat. Zeichen von Nervenschwäche sind in den Krankenblättern nicht erwähnt. Schliesslich Diebstähle und unerlaubte Entfernung. Zweimal entzog er sich der Verhaftung in sehr geschickter Weise und pochte darauf, er sei nervös.

Bei den Vernehmungen nach seiner Festnahme gestand er die unerlaubte Entfernung ein und begründete sie eingehend, erwies sich auch über die strafrechtlichen Folgen seiner Handlungen sehr genau unterrichtet. Er entschuldigte seine Tat mit Nervenschwäche und bat zweimal um „fachärztliche Untersuchung“ wegen eines Schankers. Auch hier keine geistige Abweichung. Bei der fachärztlichen Untersuchung macht er plötzlich einen „stark psychopathischen, krankhaft gehemmten“ Eindruck und erscheint der bewussten Vertäuschung nicht unverdächtig.

Anstaltsbeobachtung. Nach den Fürsorgeerziehungsakten kam er, nachdem ihn der Umgang mit leichtsinniger Gesellschaft verdorben hatte, in Fürsorgeerziehung. Fleiss und Schulleistungen stets befriedigend, zuletzt gut. Er neigte stark zum Lügen. Sonst galt er als normal. Später in Stellung bei einem Jahreslohn von 220 M. (als Fürsorgezögling). Im allgemeinen führte er sich befriedigend. Der Zweck der Fürsorgeerziehung wurde als erreicht angesehen.

In den ersten Tagen der Lazarettbeobachtung war Ka. besonders mürrisch gestimmt, sah immer finster drein, sprach spontan nichts und war sogar unwillig, wenn er angesprochen wurde. Bei jeder Gelegenheit klagte er über Kopfschmerzen. Mit der Zeit wurde er immer lebhafter und beteiligte sich mit grossem Interesse an Halma und Skat. Mit dem Reizen und Zusammenzählen kam er nicht gut mit, dagegen zeigte er sich bei Kartenkunststücken äusserst gerieben. Verschiedene Male versuchte er eine Nachricht an seine Frau herauszuschmuggeln.

Bei den Untersuchungen war er immer klar und orientiert, fasste gut auf und konnte, wenn er wollte, sehr gut Auskunft geben. Vielfach zögerte er mit der Antwort, überlegte lange und antwortete nicht oder nur mit einem eintönigen „ja“ oder „nein.“ Den Fragenden sah er nie an, sondern nestelte an seinen Fingern und seinem Zeuge herum. Bei der Intelligenzprüfung gab er durchweg mangelhafte Antworten. Ueber die einfachsten landwirtschaft-

lichen Verhältnisse wollte er nicht Bescheid wissen. Um so ausgiebiger brachte er in seiner Vorgeschichte alles an, was ihn als krank erscheinen lassen könnte. In der Schule habe er sehr schlecht gelernt und sei aus der 3. Klasse einer Volksschule konfirmiert worden. Er bestritt sehr energisch, jemals gerichtlich bestraft worden zu sein, er sei auch niemals in Fürsorgeerziehung gewesen. Auch beim Militär sei er nie bestraft worden, sei nie fahnenflüchtig gewesen und sei nicht Soldat II. Klasse. Das müsse ein anderer Ka. gewesen sein. In seinen Angaben über seine militärischen Verhältnisse widersprach er sich fortgesetzt.

Die ihm jetzt zur Last gelegten Straftaten gab er in der ersten Zeit zu. Er sei ohne Erlaubnis nach Hause gefahren, weil er ins Feld gewollt habe. Er schilderte dann seine Entfernung von der Truppe mit allen Einzelheiten. Er bestritt sehr eifrig, sich zweimal der Festnahme entzogen und die Aeusserung wegen seiner Nervosität getan zu haben.

Bei den späteren Untersuchungen wurde er dann ganz anders. Er trug ein läppisches Wesen zur Schau. Die Augen riss er weit auf und starrte erstaunt um sich. In kindlichem Tone erklärte er, er sei ja von der Truppe fortgezogen, das sei aber doch nicht schlimm, wenn man mal nach Hause gehe. Bestrafen könne man ihn doch nicht, denn er gehe ja wieder ins Feld. Hier wolle er nicht bleiben, denn er sei nicht geisteskrank, auch nicht dumm, sondern ganz gesund.

Alle Vorhaltungen, die Wahrheit über sein Vorleben zu sagen, prallten von ihm an, er wurde sogar ganz unverschämt, als ihm die Fürsorgeerziehungsakten vorgehalten wurden. Die Briefe, die ihm vorgeworfen werden, habe er nicht geschrieben, es sei ein ganz anderer Ka. Dabei entsprechen die Briefe, die sich in den Akten vorfinden, 'durchaus in Form, Schrift und Inhalt den früheren Schreiben.

Vor dem Militärdienst und in der Zeit seines Militärlebens wird nichts beobachtet, was seine geistige Gesundheit in Frage stellen könnte. Erst später führt er selbst seine Nervosität ins Feld und zeigt dann bei der Anstaltsbeobachtung ein Wesen, das allerdings seine geistigen Fähigkeiten als wesentlich eingeschränkt erscheinen lassen musste.

Die auffällige Einengung seiner geistigen Fähigkeiten vollzieht sich erst in der späteren Zeit der Anstaltsbeobachtung, nachdem er mit Elementen zusammengesteckt hatte, die gleichfalls nicht dem Gerichte über ihre geistigen Fähigkeiten restlos klaren Wein einzuschenken gedachten. Der Verdacht, dass eine Dementia praecox in der Entwicklung begriffen sei, liess sich nicht halten. Das auffällige Verhalten zeigte er nur dann, wenn der Arzt sich mit ihm befasste. Sein späteres Verhalten, — er hat sich auch in der Haft einwandsfrei geführt —, hat nichts erkennen lassen, was eine sekundäre geistige Schädigung erwiesen hätte.

Fall 3. Füsilier Max Er., Arbeiter, 25 Jahre. Entfernte sich am 13. 3. 1917 von der Truppe. Vorher hatte er sich Zivil verschafft und erklärte,

er werde nach Holland türmen. Er werde, wenn er ergriffen werden sollte, den wilden Mann spielen, um der Verurteilung zu entgehen.

Am 18.3.19 wurde er ergriffen und auf die Schreibstube seines Bataillons gebracht. Als der Feldwebel eintrat, stand Er. trotzdem nicht auf, sondern lachte jenem ins Gesicht und äusserte auf polnisch, „Du bist verrückt“. Bei der gerichtlichen Vernehmung gab er keine Antwort. „Er stellte sich an, als ob er nicht im Besitze seiner Geisteskräfte sei.“ In den Lazaretten, in denen er früher wegen seiner Schussverletzung sehr lange gewesen war, war er in keiner Weise aufgefallen.

Anstaltsbeobachtung. Macht einen gehemmten und benommenen Eindruck, während er noch auf der Fahrt nach Langenhagen ganz munter und redselig gewesen war. Angeblich konnte er nicht angeben, wo er gewesen sei und bei welchem Truppenteile er gestanden habe. Auf alle Fragen erwiderte er nur, er sei bei seiner Kleinen in Frankreich gewesen. Soldat sei er noch nie gewesen. Sein Alter sei mindestens 37 oder 40 Jahre.

In der Folgezeit lag er meist mit geschlossenen Augen da und schien von den Vorgängen in seiner Umgebung gar keine Notiz zu nehmen. Wenn man sich ihm näherte, begann er mit den Augen zu blinzeln. Einem anderen Kranken, der sich mit ihm angefreundet hatte, erzählte er, er stehe bei den 73ern, sei von der Truppe fortgelaufen und habe sich bei seinem Mädchen 4 Tage aufgehalten. Er wisse ganz genau, was er getan habe. Sonst reagierte er auf Fragen gar nicht oder antwortete erst nach langem Nachdenken, indem er den Fragenden mit der Miene der äussersten Verständnislosigkeit anstierte.

Auf die Frage, wieviel Finger die Hand habe, begann er sie sofort zu zählen, stierte dann gleich mit einem öden Blicke auf die Hand und brachte keinen Ton mehr heraus. Dabei war aber sonst sein Gesichtsausdruck ganz lebhaft und die Bewegungen frei.

Später beschäftigte er sich mit Lesen, zeigte ein ganz unverkennbares Interesse für seine Umgebung und unterhielt sich lebhaft mit ihr. Sobald aber der Arzt kam und irgend eine Auskunft von ihm haben wollte, versagte er sofort. Nach mehreren Tagen fragte er, wo er sich befinde. In Frankreich sei er noch erst gewesen und seine Kleine wohne in Hannover. Dabei sprach er in einem affektiert kindlichen Tone, indem er dazu süsslich lächelte.

Gleichzeitig versuchte er an seine „Kusine“ einen geordneten Brief durchzuschmuggeln, in dem er mitteilte, dass er in Langenhagen zur Beobachtung sei. Später wurde er ganz lebhaft und unterhielt sich angeregt, wobei er sofort den Anschluss an die kriminellen Elemente fand. Hier gab er genaue Auskunft über seine Kriegserlebnisse, die sich mit dem Akteninhalte vollkommen deckte.

Sobald der Arzt erschien, senkte sich der Schleier der ausgeprägtesten Verblödung über ihn herab. Zur Beantwortung der einfachsten Fragen gebrauchte er unendlich lange Zeit. Ein fades Lächeln thronte auf seinem Antlitz. Nun wusste er weder Ort noch Zeit, konnte nicht angeben, wann er geboren war, ob er Geschwister habe, und hatte seinen Zivilberuf vergessen. Er wusste auch nicht, dass er Soldat und im Kriege gewesen war.

2×2 war nach ihm 6. Die Zahl seiner Ohren gab er nach langem Zählen mit 5 an. Seinen Vornamen konnte er erst nach reiflichster Ueberlegung nennen.

Nachdem er später einmal auf der Abteilung angegeben hatte, bei welchem Regimente er gestanden hatte, wann er eingezogen worden war und welche Gefechte er mitgemacht hatte, verfiel er, als er unmittelbar darauf in das Untersuchungszimmer gekommen war, ohne weiteres in seine Blödigkeit. Er rekelte sich grinsend auf dem Stuhle herum und befeissigte sich einer überaus läppischen Ausdrucksweise. Hinterher war er sofort wieder ganz geordnet und korrekt.

Gelegentlich spielte er Karten mit und erwies sich dabei ganz gerissen und seinen Gegnern gewachsen.

Im Untersuchungszimmer schnellte er auf die Frage nach seinem Vornamen vom Stuhle empor und brüllte: „Maxe“. Nach seinem Zunamen gefragt, machte er eine sehr lange Pause und nannte dann in fragendem Tone seinen Namen. Seinen Geburtstag wusste er nicht, da sei er nicht bei gewesen. Dann gab er einen falschen Monat und als Jahreszahl 1904 an. Hier sei er im Langenhager Lazarett seit gestern (3 Wochen). Weshalb man ihn hergelegt habe, könne er nicht sagen, sei er ja doch der Gesundesten Einer. Der Referent sei sicher ein Lehrer, weil er so viel schreibe, seinen Namen könne er doch nicht wissen. (Hatte ihn am selben Tage nach einem anderen Kranken genannt.) Noch nie sei er beim Militär gewesen. Woher er gekommen sei, sei ihm gänzlich unbekannt, zuletzt sei er immer hier in der Stube gewesen. Im Krieg sei er nicht gewesen, es gebe doch überhaupt keinen Krieg. Wo er geboren sei, könne er nicht sagen, das sei in Oberschlesien oder sonstwo gewesen: „das kann Vor- oder Nachmittag gewesen sein. Er sei hinten in die Schule gegangen, einen Lehrer habe es nicht gegeben, jetzt sei aber schönes Wetter und da könne man spazieren gehen.“

$2 \times 2 =$ ja ja, auch Karten habe ich gespielt, da sagt man so was wie 5.

$3 \times 3 =$ (zählt lange an den Fingern herum und sieht den Arzt mit einem blöden Blicke an, ohne ein Wort zu sagen. Als ihm vorgehalten wird, dass man ihm die Simulation nicht glaube, lächelte er höhnisch und erklärte, er verstehe überhaupt nicht, was man von ihm wolle).

In der Hauptverhandlung war das ganze läppische Wesen gänzlich von ihm abgefallen. Er gab prompt Auskunft, folgte dem Gutachten mit äusserstem Interesse, aber berief sich noch auf eine gewisse Nervosität, ohne an der schweren Geistesschwäche festzuhalten.

Er hatte die geistige Schwäche, die er in der Anstalt vorführte und vorher rechtzeitig in Aussicht gestellt hatte, im allgemeinen nur dem Arzte vorgeführt. Darin, dass es derartige Individuen nicht für nötig halten, unentwegt daran festzuhalten, spricht sich die minderwertige Anlage aus, die wir ja unterschiedslos bei ihnen nachzuweisen imstande sind. Er hielt auch nur für die Zeit der Anstaltsbehandlung

daran fest und als er gesehen hatte, dass er mit dem Kopfe nicht durch die Wand konnte, liess er die Maske unbedenklich fallen.

Fall 4. Rekrut Georg Ru., Landwirt, 21 Jahr. Am Tage vorher vor seiner Stellung schoss er sich mit einem Jagdgewehr in die linke Hand. Nachher ging er zu einem Arzte und liess sich verbinden. Dieser bescheinigte ihm, dass er sich nicht stellen könne.

Als Ru. durch den Gendarmeriewachtmeister vernommen wurde, erklärte er, dass er seit längerer Zeit an Magenschmerzen leide. Deshalb habe er sich ins Bett gelegt, sei aufgestanden, im Zimmer umhergezogen und müsse so an das Gewehr gekommen sein.

Allgemein wurde eine absichtliche Selbstverstümmelung angenommen. Der Landrat bemerkte zu dem Berichte, die ganze Familie habe sich während der ganzen Dauer des Krieges durch eine vaterlandslose Gesinnung ausgezeichnet.

Dienst tat er später überhaupt nicht. Er meldete sich wegen Schmerzen in der linken Bauchseite sofort krank. Der Beirat für innere Krankheiten stellte einen chronischen Magenkatarrh fest. Er sah Ru. als Psychopathen an. Im Lazarett lag er immer im Bett und dachte über seinen Zustand nach und hatte zu keiner verständigen Beschäftigung Neigung. Für seine Umgebung zeigte er kein Interesse, nie beteiligte er sich an der Unterhaltung. Der Gesichtsausdruck war niedergeschlagen. Aufforderungen führte er langsam mit einem deutlichen passiven Widerstande aus.

Ru. blieb dabei, er könne sich auf nichts besinnen, denn er sei infolge heftiger Magenschmerzen ganz von Sinnen gewesen.

Der Gutachter erklärte eine solche Wirkung der Magenbeschwerden für höchst unwahrscheinlich, doch hielt er es auf Grund der bestehenden Psychopathie für möglich, dass er sich tatsächlich während der Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande befunden habe.

In der Hauptverhandlung erklärte der Sachverständige ihn für geistes schwach, aber nicht für geisteskrank im Sinne des § 51. Der gegenwärtige Zustand sei übertrieben. Denn er habe selber beobachtet und zum Teil auch von anderen gehört, dass Ru. regelmässig die Zeitung lese, Karten nach Hause schreibe, sich mit seinem Vater fliegend unterhalte, plötzlich aber dann gar nichts mehr sage, sobald er bemerke, dass er beobachtet werde.

Während der Verhandlung benahm Ru. sich so, als könne er nicht folgen. Er behielt die Mütze auf, gab keine Antwort, konnte nicht einmal seinen Vornamen und mit Mühe seinen Familiennamen nennen, hörte nicht zu und war wie geistesabwesend.

Nach der Verhandlung verstand er alles und sprach bei einem Streite, den er mit anderen Kranken der Station hatte, frei und fliegend.

Der Gendarm hatte Ru. als einen vernünftigen Menschen kennen gelernt, der sich gelegentlich eines Verdachtes wegen Jagdvergehens sogar recht geschickt verteidigte. Der Hausarzt vermochte über seinen Geisteszustand nichts auszusagen. Der Hauptlehrer bezeichnete ihn als einen

guten Durchschnittsschüler, dessen Geisteszustand ihm während der Schulzeit nicht aufgefallen sei. Der Pastor gab an, er sei immer ruhig, still und niedergedrückt gewesen. Er erkannte das aber nicht als einen normalen Geisteszustand an. Darauf Beobachtung im Anstaltslazarett Hildesheim (Oberarzt Dr. Grimme). Während der ganzen Beobachtung lag Ru. meist ruhig im Bette. Der Gesichtsausdruck war blöde, ein Mienenspiel kaum zu bemerken. Die Augen waren ins Leere gerichtet. Von selbst sprach er nie, redete man ihn an, so wandte er den Kopf nach der Seite. Die Stimmung war gedrückt, sehr oft kam er ins Weinen, wenn die Rede auf seine Straftat gebracht wurde. Seine Lage im Bette veränderte er nicht, nur beim Essen richtete er sich auf und ass langsam. Zum Klosett ging er stets allein. Nach dem Aufstehen stand er dann mit leicht vorübergebeugtem Körper da, streckte beim Gehen den Kopf nach vorne und verfiel bald in ein leichtes Zittern.

Auch bei den Besuchen seiner Angehörigen blieb er vollkommen wortkarg. Nur in den letzten Tagen der Beobachtung wurde er freier, bewegte sich schneller, sprach von selbst und zeigte ein gewisses Interesse für seine Umgebung.

Ueber seine Straftat machte er dieselben Angaben wie früher. Er wisse nicht, wie die Schussverletzung zu Stande gekommen sei, da er in diesem Augenblicke ohne Besinnung gewesen sei. Er entsinne sich nur, dass er den ganzen Tag wegen seiner Magenschmerzen im Bette gelegen habe und spät am Nachmittage aufgestanden und dabei schwindelig geworden sei. Erst in der Küche sei er zu sich gekommen. Da habe er gemerkt, dass er geblutet habe. Was er mit dem Arzte verhandelt habe, könne er nicht sagen. Von seinen Eltern sei er nicht angestiftet worden. Trotz der Verwundung habe er sich stellen wollen, sei aber vom Arzte abgehalten worden.

Der Verdacht auf Simulation, der beinahe zur Stellung des entsprechenden Strafantrages geführt hätte, war im wesentlichen dadurch hervorgerufen worden, dass Ru. später ein Verhalten darbot, das in auffallendem Gegensatze zu seinem sonstigen Gebahren stand. Dabei war er zeitweise aus diesem Zustande herausgefallen.

Immerhin hat er später lange Zeit dasselbe Verhalten dargeboten, das sich im wesentlichen mit einem Stuporzustande deckte, dessen Einzelheiten ihm unmöglich bekannt sein konnten. Obgleich er sich lange auf den verschiedensten Wachabteilungen befand, ist er nie einen Augenblick aus der Rolle gefallen und wenn sich später dieser Stupor in klinisch einwandfreier Weise löste, so entspricht das kaum dem Wesen eines Simulanten, der so lange ohne Schwierigkeit seine Künste hatte spielen lassen.

Wie es zur Zeit der Tat damit bestellt gewesen war, liess sich nicht mit Sicherheit sagen, da das Material für diese Zeit recht dürftig war. Obgleich aber das Auftreten eines Bewusstseinsverlustes im Sinne

eines Dämmerzustandes lediglich im Anschlusse an eine Magenerkrankung immerhin recht verdächtig war, musste man bedenken, dass es sich ohne jede Frage um einen Psychopathen handelte, der in körperlicher Beziehung nicht sehr leistungsfähig war.

So genügte das Material eben nicht, um ihn der Simulation zeihen zu können und wenn das Verfahren gegen ihn eingestellt wurde, war das praktisch die beste Lösung der Frage.

In diesem Falle musste sehr energisch die Tatsache erwogen werden, dass ein beginnendes Jugendirresein im Spiele sein konnte.

Die Dementia praecox beansprucht aber gerade, was die Simulation bei Militärpersonen anbetrifft, eine ganz besondere Bedeutung.

Sie fällt gerade in das Lebensalter, in dem der Militärdienst ausgeübt werden muss. Und wenn sie auch eine durchaus endogene Krankheit ist, kann nicht von der Hand gewiesen werden, dass die Strapazen des Körpers ihren Ausbruch beschleunigen und sie unter ungewöhnlichen Umständen ins Leben treten lassen.

Dabei ist gerade das Gekünstelte und Theatralische, was so manchen Ausdrucksformen dieser Krankheit anhaftet, durchaus geeignet, nicht nur bei Laien den Verdacht auf Vortäuschung zu erwecken. Das anscheinend Widerspruchsvolle in ihrem Wesen, der Mangel an Folgerichtigkeit in ihren Symptomen, der jähe und unverwickelte Wechsel in ihren Krankheitserscheinungen, das Auftreten geordneter Augenblicke und selbst längerer Zeiträume müssen um so mehr befremden, wenn der Betreffende einen Anlass zu haben scheint, bewusst mit seinen Krankheitssymptomen zu hantieren. Die schleichenden Anfangsstadien dieser Krankheit bleiben der militärischen Umgebung nur zu oft verborgen und so überrascht das stürmische Auftreten der Krankheit in forensisch bedeutsamen Augenblicken um so mehr.

Die Neigung zu krimineller Betätigung ist an und für sich schon für diese Stadien der Krankheit bezeichnend. Die Delikte, die hier besonders in Betracht kommen, die unerlaubte Entfernung, die Fahnenflucht, die Achtungsverletzung, die Gehorsamsverweigerung und der Angriff auf Vorgesetzte werden durch die Krankheitssymptome dieser Krankheitsperiode begünstigt. Diese Krankheit bildet sich unter den Einflüssen der Haft zu einer geräuschvollen und lärmenden Ausdrucksform um, während die Straftaten selbst noch in die ruhigeren Phasen bineingefallen waren. Da das Krankheitsbild noch nicht fest umrissen und das Jugendirresein gelegentlich die Neigung zeigt, unter dem Drucke der militärischen Disziplin und der unbewussten Widerspruchsgeste gegen die schärferen Anforderungen der straffen militärischen Zucht sich noch zerfahrener und zerrissener zu geberden, als sie es schon

für gewöhnlich tut, so muss die Betrachtung dieses eigenartigen Wesens im falschen Lichte noch leichter aufkeimen.

Es ist daher kein Wunder, dass, wie Bennecke¹⁾ es in einem grossen Teile seiner Fälle feststellen musste, bei diesen Pseudosimulanten an Verstellung oder Uebertreibung gedacht oder sie wenigstens für verstockte, böswillige und renitente Menschen gehalten wurden. Er beobachtete das naturgemäss besonders in solchen Fällen, in denen sie im Gegensatze zu ihrem sonstigen theatralischen Wesen, das sie den Beobachtern gegenüber zur Schau trugen, zwischendurch orientiert und gerade in prozessualen Dingen besonders gut orientiert gewesen waren, oder wenn sie auf eindringliches Zureden vorübergehend das anscheinend affektierte Wesen abzulegen vermochten.

Man muss sich eben daran erinnern, worauf schon Schultze²⁾ eindringlich hinwies, dass bei der Dementia praecox, was die psychischen Symptome anbetrifft, einfach alles möglich ist, vom scheinbar tiefsten Blödsinn bis zur maniakalischen Ausgelassenheit, von der ausgesprochensten Depression bis zu einem Grössenwahn, dessen sonst nur der Paralytiker für fähig gehalten wird, von der tiefsten gemüthlichen Gleichgültigkeit bis zur grössten Reizbarkeit und Empfindlichkeit, von einer klaren Diktion bis zum krausesten Wortsalat.

Der Parallelismus der Simulation mit der Dementia praecox gipfelt im wesentlichen in diesem widerspruchsvollen Wesen. Man wird sich daher in allen Fällen, in denen eine Dementia praecox in Frage kommen kann, noch eine grössere Vorsicht auferlegen müssen, als sie sonst schon bei der Beurteilung der Simulationsmöglichkeiten die Regel sein muss. Der Grundsatz des *In dubio pro reo* wird uns hier oft nötigen, die Frage der Vortäuschung ganz fallen zu lassen und auch dann noch die Möglichkeit einer Krankheit gelten zu lassen, wenn wir uns von dem Verdachte auf Simulation nicht ganz losreissen können.

In mehreren derartigen Fällen haben wir die Einstellung des Verfahrens und die Wiederaufnahme zu einer Zeit vorgeschlagen, in der sich ein sicheres Urteil ermöglichen liess.

Immerhin musste man auch in einzelnen Fällen, in denen das Jugendirresein mit in den Kreis der Betrachtungen gezogen werden musste, bei Annahme der schwersten Uebertreibung und Simulation auf Zurechnungsfähigkeit herauskommen.

1) Bennecke, Dementia praecox in der Armee. 1907. S. 94.

2) Schultze, Ueber Psychosen bei Militärgefangenen nebst Reformvorschlägen. 1905.

Fall 5. Musketier Max Qu., Kaffeehausmusiker, 25 Jahre. Am 1.7.1915 wurde Qu., der im Bürgerquartier lag, Betruhe verordnet. Zwei Tage später wurde er flüchtig unter Mitnahme von Wertgegenständen, Kleidern und einem Fahrrad. Er übernachtete in Braunschweig, liess seine Uniformsachen zurück und verschwand unter Mitnahme eines Herrenanzugs und eines Portemonnaies.

Am 30. 7. wurde er in Passau mit seiner Geliebten verhaftet, nachdem er mit ihr in den verschiedensten Städten umfangreiche Gasthofdiebstähle ausgeführt hatte.

Bei seiner Vernehmung gab er an, er sei auf eigenen Wunsch aus dem Gefängnisse eingestellt worden. Das sei bekannt geworden, man habe Anspielungen darauf gemacht, vor allem, nachdem einem Kameraden ein Geldbetrag entwendet worden sei. Das habe er sich so zu Herzen genommen, dass er nach Braunschweig gefahren sei. Ueber Frankfurt, Aschaffenburg, Nürnberg, Regensburg sei er nach Passau gefahren.

Am 1. 9. 1918 richtet er noch eine völlig geordnete Eingabe an das Kriegsgericht, in der er die Tat mit allen ihren Einzelheiten schilderte.

Am 5. 9. schrieb er plötzlich dem Gerichtsherrn, er sei nach Empfang dieses prinzlischen Schreibens seines Postens enthoben. Er ernenne ihn zu seinem Geheimsekretär. Er selbst sei in deutscher Gefangenschaft und es sei eine Schande, dass dem Prinzen von Marokko so etwas passiere. Man habe sogar gegen ihn Meuchelmörder gedungen. Der Gerichtsherr möge sich mit seiner prinzlischen Schwester in Verbindung setzen. Hindenburg liege auch da krank, wo er selbst liege. Die Hauptsache sei, dass die unsichtbare Luftflotte funktioniere.

An seine Schwester schrieb er gleichzeitig, dort, wo er sei, seien alle Leute verrückt, nur er sei von diesem Uebel verschont. Diese Krankheit komme aus Frankreich und Russland. Er habe ein Patent erfunden, mit dem er ganze Regimenter vernichten könne. Der Kaiser von Marokko werde ihn zum Prinzen ernennen.

Anstaltsbeobachtung. Bei der Aufnahme behauptete er, wild um sich stierend, er sei der Prinz Marokko und gerade 14 Jahre alt geworden. Ein Taschentuch, das er sich um den Kopf gebunden hatte, bezeichnete er als seinen Turban. Sein Schiff habe er telegraphisch bestellt, es stehe bereits vor der Türe. Hier sei er in Amerika, seinen Hunger habe er in Marokko gelassen, dafür habe er sich einen Korb mit Hühnern mitgebracht. Sobald sich eine Fliege auf sein Bett setzte, erklärte er jammernd, das seien Papageien und Schlangen aus dem fernen Orient.

Zur Untersuchung erschien er in unordentlicher Kleidung und erklärte ächzend, er könne den Hosenträger nicht mehr zuknöpfen, da er zu schwach dazu sei. Dann steckte er die Hände in die Rockärmel und behauptete, hier sei es furchtbar kalt, an so eine Kälte sei er von Marokko her nicht gewöhnt. Dann stierte er fassungslos im Zimmer herum und meinte in kindlichem Tone, in diesem Palaste sei es doch zu fein.

Hier sei er wohl in einem Soldatenhause und der Doktor müsse wohl so eine Art von Arzt sein. Dass die Anderen alle knatschgeck seien, habe er gar

nicht bemerkt. Er sei von oben bis unten gesund und wolle zur selben Stunde als tapferster Held in den Krieg ziehen. Ebenso habe er einen Brief gekriegt, da stehe eine 5 darauf, also müsse heute der 8. November 1820 sein.

Nachdem er dies Verhalten mehrere Tage durchgeführt hatte, wurde er energisch angefasst. Darauf überlegte er längere Zeit, gab kleinlaut seinen richtigen Namen an und erklärte weinerlich, der Prinz von Marokko sei er nicht, davon habe er noch nie ein Wort gesprochen.

Auf Befragen gab er dann seine Vorgeschichte lückenlos an. Schon früh sei er in ein Waisenhaus gekommen — so nenne man doch so was. In Fürsorgeerziehung sei er noch nie gewesen. Tatsächlich war er vom 6. Lebensjahre ab dauernd in einer Fürsorgeerziehungsanstalt gewesen. Im Waisenhaus habe man ihn bis zu seinem 20. Lebensjahre gefangen gehalten, weshalb die bösen Leute das getan hätten, könne er nicht sagen. Nachher habe man ihn auch zum Militär getan, aber er habe seine Feinde nicht besiegen dürfen, weil er immer zu viel Blasenkatarrh gehabt habe. Dann hätten ihn die Leute auch immerzu so furchtbar mit Gefängnis verurteilt und so sein ganzes Leben verpuscht.

Bis dahin hatte er immer noch in kindlich-trotzigem Tone gesprochen, einen unendlich öden Gesichtsausdruck zur Schau getragen und sich überhaupt so geberdet, als sei er der Vertreter eines riesenhaften Schwachsinn.

Als ihm noch einmal liebevoll-kräftig ins Gewissen geredet wurde, fing er an, heftig zu weinen und sprach von nun an in vollständig verändertem natürlichem Tone weiter. Man möge doch bedenken, was er alles durchzumachen gehabt habe. Schon mit 6 Jahren habe man ihn in die Fürsorgeerziehung und gleichsam in das Gefängnis gestossen. Die Fürsorgeerziehung habe ihn vollständig verdorben und da habe er auch gelernt, wie man sich verstellen könne und müsse. Das übrige habe er in den Gefängnissen dazugelernt, aus denen er seitdem so gut wie gar nicht herausgekommen sei.

Im Grunde seiner Seele sei er ein ganz gutmütiger Kerl, nur sei er zu willensschwach und mache dann immer gleich seine Dummheiten.

Von dieser Zeit an entsagte Qu. allen angeführten Krankheitserscheinungen vollständig. Er sprach in natürlichem Tone und liess die theatralischen Gestikulationen, von denen er bis dahin sehr reichlich Gebrauch gemacht hatte, gänzlich fallen.

Die Gefängnisstrafen habe er glatt abgemacht. Nie sei es ihm hier schlecht zu Mute gewesen, höchstens habe er einmal Kopfschmerzen gehabt. Nie habe er Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen gehabt.

Wohl aber habe er Geistesranke im Gefängnisse gesehen und so sei er auf den Gedanken gekommen, es jetzt auch einmal damit zu probieren, um um die Strafe herumzukommen.

Das ganze Verhalten des Angeklagten war so barock, wie wir es mit besonderer Vorliebe als Zustandsform des Jugendirreseins in der Haft entstehen sehen. Trotzdem konnte das Eintreten einer Haftpsychose

mit grösster Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Qu. hatte wiederholt auch längere Freiheitsstrafen ohne jede Schädigung überstanden und stritt selbst später alle unangenehmen Einflüsse der Haft und der durch sie bedingten krankhaften Erscheinungen mit grösster Entschiedenheit ab.

Wenn er nachher alle seine Simulationsmätzchen vollkommen fallen liess und sogar ein Geständnis ablegte, so konnte man diesem unbedenklich Glauben schenken.

Gewiss muss man bei derartigen Eingeständnissen Vorsicht walten lassen. Man findet ja gelegentlich, dass auch die Selbstbezeichnung psychopathologisch bedingt sein und als Krankheitssymptom einer Psychose auftreten kann [Serog¹⁾].

Aber das sind doch nur verhältnismässig seltene Fälle. Kommt es zu einer derartigen Selbstbezeichnung, so wird die tatsächliche psychische Krankheit in ihren sonstigen Zügen in der Regel so deutlich ausgeprägt sein, dass sie den Unwert des Geständnisses darzutun imstande ist.

Hier, wo der Angeklagte auch noch offen angab, wie er zu seinen Simulationskünsten gekommen war, konnte man sich mit diesem Eingeständnisse ruhig zufrieden geben. In der Regel wird man darauf verzichten müssen, ein solches Geständnis zu erzwingen. Die meisten Delinquenten wissen natürlich ganz genau, was für sie auf dem Spiele steht, und wenn sie auch mit ihren Machenschaften aufhören, gestehen sie doch nicht ein, dass sie der Vortäuschung gehuldigt haben. Man ist meist gezwungen, aus dem sonstigen klinischen Verhalten die Unechttheit des vorgeführten Krankenbildes zu erweisen.

Fall 6. Ersatzreservist Otto Ta., Lakierer, 28 Jahr. In der Kindheit englische Krankheit und Fall von einer Kellertreppe. Kam in der Schule bis zur zweiten Klasse. Verdiente in seinem Berufe sehr gut. Im Zivil mehrere Male bestraft. Bei Kriegsausbruch eingezogen, kam bald ins Feld.

1915 Handschuss und Verschüttung. Später wegen Trippers und Rheumatismus in 12 Lazaretten. Kam von einem Truppenteil zum anderen, kam immer wieder nach kurzem aus dem Felde zurück. Mehrfach bestraft, weil er ohne Urlaub von der Truppe fortgegangen war. Zweimal wegen Diebstahls zu Gefängnis verurteilt. Die Strafen brauchte er nicht abzumachen, da sie jedesmal mit einer Amnestie zusammenfielen.

Am 4. 7. 16 entfernte er sich von der Truppe. Nach 3 Tagen verhaftet. Selbstmordversuch. Beobachtung im Reservelazarett.

1) Serog, Zwei Fälle von krankhafter Selbstbezeichnung der Simulation. Med. Klinik. 1916. Nr. 42.

Hier wollte er von der ganzen Zeit seiner Entlassung nichts wissen. Er gab eine schwere erbliche Belastung an und wollte seit Jahren an Krämpfen leiden. Er wurde als minderwertig, aber zurechnungsfähig begutachtet.

Später kam er in eine Arbeiterkompagnie. Als nach einigen Wochen ein Kamerad den Wunsch aussprach, nach Leipzig zu kommen, machte er ihm die Entweichung mundgerecht, dann packte er seine Sachen und gab an, es solle Geschäftsordnanz werden. Am verabredeten Tage ging er mit Th. zum Bahnhof, nahm eine Bahnsteigkarte und stieg in einen Zug, der nach Leipzig durchfuhr. Eine Station vorher stiegen sie aus, drängten sich durch die Sperre und hielten dabei die Bahnsteigkarten verkehrt herum. In der Folge begingen sie viele Diebstähle und Betrügereien.

Die Geschädigten hatten bei ihm nichts Auffälliges bemerkt. Nach drei Wochen festgenommen, benahm sich Ta. so auffallend, dass er einem Lazarett zugeführt wurde. Er erklärte hier, er habe auf der Strasse eine unbekannte Frau mit einem Dolche erstochen und das ganze Begräbnis mit angesehen. Er habe sich umbringen wollen, sehe aber kein Blut. In naiver Weise bat er, man möge ihm doch eine Gabel geben, da er das Leben satt habe. Von Zeit zu Zeit jammerte er lebhaft, der Leichenzug sei so gross gewesen und er fürchte, auch seinen Bruder erstochen zu haben.

„In der Folgezeit klagt er oft über Sinnestäuschungen, vor allem der angeblich gemordeten Frau, die ihn aber nur wenig erregt. Die ängstliche Erregung ist nicht besonders stark, er lässt sich stets durch einige Worte beeinflussen und lenken.“

Hautabschürfung am Oberschenkel erklärt er durch Ueberfahren durch den Leichenwagen. Sein Herz habe ihm 34 Stunden auf der Brust gelegen, dann sei es wieder hineingesprungen. Als er sich beim Anziehen des Hemdes nicht gleich in den Ärmel findet, behauptet er jammernd, man habe ihm den ganzen Arm fortgenommen.

In den nächsten Tagen hatte er sich bei der Visite malerisch mit einem Bettuche drapiert. Er warte jetzt auf den hohen Befehl. Sechs Exzellenzen wollten ihn im Auto abholen. Er verlange bei der Visite ganz vernünftig den Arzt allein zu sprechen. Plötzlich sprang er auf diesen zu: „Warum lasst Ihr mich nicht zu meinem Bruder.“ Am selben Tage erzählte er einem andern Kranken genau, wie er mit Th. einen Fluchtversuch unternommen habe. Am nächsten Tage teilte er dem Arzte mit grinsendem Gesichte und in einer eigentümlich abgehackten Sprache mit, er sei jetzt wieder k. v.

Schon jetzt hatte man dringend den Verdacht der Simulation.

Bei einer Intelligenzprüfung war er persönlich, örtlich und zeitlich schlecht orientiert. Er las stockend, viele Worte liess er aus, andere buchstabierte er in singendem Tone und verfolgte die Zeilen mit dem Zeigefinger. Zum Schreiben seines Namens brauchte er über eine Minute und schrieb weit ausfahrend und die letzten Buchstaben ganz in unleserliche Krakel auslaufen lassend.

$3 \times 4 = 8$ (nach sehr langem Zählen unter Zuhilfenahme der Finger).

„Wenn Sie 5 Zigaretten haben und bekommen noch zwei geschickt, wieviel sind das?“

Hat versucht vergeblich die Aufgabe durch Abzählen an den Fingern zu lösen. Dann nimmt er einen Einmarkschein heraus und sagte plötzlich: „Für dieses Geld bekommt man 6 Zigaretten.“ Dann rechnete er nochmals nach, indem er mit dem Fingernagel immer Einkerbungen in den Rand des Scheines machte.

10 + 4? (fängt nach einer Weile an zu weinen: „Die Leute sollen mich lassen, ich mache ja meine Arbeit.“)

8 — 2? Rechnet wieder mit den Fingern und den Einkerbungen und kommt nach 5 Minuten zu der richtigen Lösung.

Hauptstadt von Deutschland? (Zuerst spricht Ta. in abgebrochenen Sätzen von seiner Heimat, rät dann auf Leipzig „da liegt Sie ja ooch Milidär.“

Kaiser? „Der ist im Feld in, — — der heesst Sie ja Herzog Friedrich.“

Wo wohnt er im Frieden? („In Saalfeld, ich war in Saalfeld un der Genig Willem ooch.“)

Name unserer Feinde? „Frankreich, sonst niemand. Als ein anderer Kranker anfängt, stereotype Reden zu führen, bricht Ta. in Weinen aus und beklagt sich, dass Jener ihn schimpfe.

Wer ist noch unser Feind? „In Russland is mein Bruder gefallen, zweimal 4 ist 9.“

Bundesgenossen? „Deutschland stosst Russland, Blut soll fliessen . . . Russland, England, Deutschland, . . . bitte, wir wollen weitermachen.“

Unsere Bundesgenossen? („Holleben, das ist das grosse Land, die kostbaren Länder.“)

Wieviel Manate? (Nach langem Zögern, „30 so oder so“.)

Aufzählen! („Januar, Mai . . . ne . . . 16. Mai 14 . . . ne September . . . wir liegen jetzt im Bett . . . sauber sein . . . kommissarisch verwandt.“ Trotz aller Bemühungen ist er nicht auf die gestellte Frage zurückzubringen.)

Sehr häufig bricht er in weinerliche Klagen aus, sobald die Visite kommt und spricht von seinem begrabenen Bruder. Einmal äusserte er, es sei Gift im Essen, nachdem sein Bettnachbar dasselbe geäussert hatte. Wenn man ihn zuredete, brach er sofort in Weinen aus und bat, man möge ihn doch in Ruhe lassen.

Nach 3 monatiger Beobachtung wurde er nach Langenhagen verlegt.

In der ersten Zeit war gesagt worden, dass wahrscheinlich ein Dämmerzustand vorliege. Dass Ta. forensisch war, war im Lazarett nicht bekannt.

Das Schlussgutachten lautete: Ta. steht im dringenden Verdachte, dass er simuliert. Sobald man sich mit ihm eingehend beschäftigt, macht er sinnlose Einfälle, die ebensogut auf eine Hebephrenie schliessen lassen können.

Als er bei der Ankunft in Hannover gerichtlich vernommen wurde, starrte er wie geistesabwesend um sich und gab keine Antwort. Schliesslich ging er ans Fenster und fing an laut zu weinen.

Auf der Fahrt zur Anstalt war ich zufälligerweise auf der Elektrischen und hatte so Gelegenheit, Ta. unauffällig zu beobachten. Er sass hier mit belebtem Gesichtsausdruck, zeigte grosses Interesse für die Mitfahrenden und die neue Umgebung, unterhielt sich mit seinen Begleitern angelegentlich und ausdrucksvoll und erzählte seine Kriegsabenteuer. Ueber alles war er genau unterrichtet, er fasste schnell auf und antwortete schlagfertig. Als er dann auf dem Bureau abgeliefert wurde, fiel er zusehends in sich zusammen, bekam einen dämlichen Gesichtsausdruck und antwortete stockend und abgerissen.

Auf der Abteilung war er zunächst zurückhaltend. Er sprach langsam, gab aber gut Auskunft.

Bei den Unterredungen war er die verkörperte Dämlichkeit, das Gesicht geistlos, die Bewegungen ungelenk, die Sprache tonlos. Zu seinen Antworten nahm er sich viel Zeit, wiederholte die Frage und dann noch einmal das letzte Wort und stierte den Arzt hilflos an. Die einfachsten Dinge wollte er nicht wissen. Redete man ihm gut zu, so wusste er plötzlich gut Bescheid. Wenn man sich Zeit mit ihm gönnte, konnte man aus ihm seine Vorgeschichte in allen Einzelheiten herausholen. Seine Kriegserlebnisse gab er genau an, nur über seine Bestrafungen drückte er sich äusserst unbestimmt aus. Plötzlich fing er an, in unnatürlicher Weise zu weinen: „Das ist einmal so plötzlich gekommen, dass ich so ein Lump geworden bin.“

Nachdem er sich dann noch einige Tränen entrunnen hatte, die er auch später auf Verlangen von sich zu geben vermochte, sprach er viel schneller ohne jedes Ueberlegen und gab alle Einzelheiten prompt an. Er blieb denn auch ganz natürlich, wenn er auch ab und zu das kindliche Wesen hervorzukehren versuchte.

Einen bestimmten Grund zur Entfernung von der Truppe habe er nicht gehabt. Mit einem Kameraden, der auch aus Leipzig gestammt habe, habe er immer die Züge vorbei fahren sehen, auf denen das Schild Hamburg—Leipzig gestanden habe. Da habe sein Freund Karl gesagt: „Weessde, wenn wer nu kennden nach Leibzig machen!“ Und so seien sie eines Tages in Uniform fortgefahren. Ueber seinen Aufenthalt in Leipzig machte er ganz genaue Angaben. Er habe einige „Dummheiten“ gemacht. Eines schönen Tages habe ein Polizeidiener ihn mitgenommen. Der Gerichtsoffizier habe ihn vernommen. Weshalb er dann in das Lazarett gekommen sei, könne er nicht sagen, er habe es mit dem Magen zu tun gehabt und auch Kopfschmerzen gehabt. Die Einzelheiten des Lazarettaufenthaltes gibt er genau an. Phantasiert habe er nie, von einer Frau, die er tot gestochen habe, wisse er nichts, habe sich überhaupt nichts eingebildet, sei weder erregt noch ängstlich noch niedergeschlagen gewesen. Er wisse ganz genau, was er gemacht habe.

In der Hauptverhandlung machte er einen sehr schlagfertigen und gerissenen Eindruck und verteidigte sich zweckmässig.

Ta., der schon früher unbefugt eine schwere erbliche Belastung und Krämpfe in seine Vorgeschichte eingeführt hatte, hatte als alter Lazarettläufer seine geringe Neigung zum Kriegsdienste zur Genüge bekundet.

Wenn seine Straftaten mehrere Male durch eine Amnestie der Strafe entgingen, so war auch hierbei die öfters beobachtete Tatsache zu berücksichtigen, dass er anscheinend vor neuen Straftaten deshalb nicht zurückschreckte, weil er wusste, dass wieder eine Amnestie fällig war.

Ohne Einwirkung einer Straftat setzt der krankhafte Zustand, der zunächst als Hebephrenie zu imponieren vermag, ganz unvermittelt ein und hält dann drei Monate stand. Allerdings gelangt man dort allmählich zur Annahme, dass es sich um Simulation handeln müsse. Das spätere Verhalten des Angeklagten konnte diese Annahme nur bestätigen, wenngleich Ta. kein volles Eingeständnis von sich gab. Die recht lange Zeit, die seitdem verstrichen ist, — er macht jetzt ohne jeden Zwischenfall die ihm zuerkannte Gefängnisstrafe ab, — spricht dafür, dass es sich nicht um eine vorübergehende Besserung nach einer akuten heftigeren Phase des Jugendirreseins gehandelt haben kann.

Eine sehr geringe Bedeutung für die Simulation nahm hier die Epilepsie in Anspruch, bei der ja nicht nur ihre Folgezustände weit in die forensische Gestaltung krimineller Handlungen hineinragten. Auch die Vortäuschung der Anfälle selbst zur Herbeiführung der Dienstunbrauchbarkeit kann ja strafbar werden. Denn das Vorhandensein epileptischer Krampfanfälle befreite früher ausnahmslos vom Militärdienste.

Schon 1829 räumte Schmetzer¹⁾ der Epilepsie den ersten Rang unter den Krankheiten ein, die von Militärpflichtigen gerne nachgeahmt würden. Auch später sah man sich nicht selten gezwungen, mit dieser Möglichkeit zu rechnen. Die Bedeutung der epileptischen Anfälle für die Dienstunbrauchbarkeit ist seitdem den Interessenten nie verborgen geblieben. So hatte ich während meiner militärärztlichen Dienstzeit mehr als einmal Gelegenheit, mich in dieser Hinsicht mit den Vertretern einer Simulantenschule zu beschäftigen, die die Anwärter für den Militärdienst darin unterrichtete, wie sie sich bei einem derartigen Anfall zu verhalten hatten.

So nahm denn auch die Nachahmung der epileptischen Anfälle in der Literatur eine ziemlich bedeutende Stellung ein und man war im allgemeinen geneigt, eine derartige Vortäuschung als nicht allzu schwer darzustellen.

Die Anstaltsbeobachtung wird in vielen Fällen durch den Nachweis der Pupillenerweiterung und -starre, die Veränderungen des Pulses, die Verletzungen, die Analgesie, also die Erscheinungen, die einer Simulation

1) Schmetzer, Ueber die wegen Befreiung vom Militärdienst vorgeschützten Krankheiten und deren Entdeckungsmittel. Tübingen. 1829.

nicht erreichbar sind, die wahre Natur der Anfälle aufzuklären imstande sein.

Immer ist das allerdings nicht so leicht. Die Anfälle können so kurz sein, dass es nicht möglich ist, sie der Beobachtung des Arztes zugänglich zu machen. Ein Simulant braucht nicht als besonders gerissen zu gelten, der die Anfälle vorsichtig zu Ende gelangen lässt, sobald der Arzt auf der Bildfläche erscheint.

Dabei können die Simulanten mit gutem Gewissen überhaupt auf das Auftreten der Anfälle im Lazarett verzichten, ohne sich dadurch verdächtig zu machen. Es ist ja allbekannt, dass der ruhige Aufenthalt auf Krankenabteilungen und die Hygiene in der ganzen Lebensführung die Krämpfe selbst für längere Zeit hintanhaltend kann, zumal auch die jetzt durch die Macht der Umstände gebotene vollkommene Abstinenz vom Alkohol das Ausfallen der Krämpfe begünstigt.

In der Regel versagen auch die Mittel, durch deren Anwendung das Auftreten des Anfalls erzwungen oder beschleunigt werden soll: Salzreiche Kost, konzentrierte Zuführung von Alkohol, Erweckung starker Affekte. Die Einspritzung von Kokain, der man nach dieser Richtung hin eine besondere Wirkung nachrühmte, hat in einer grösseren Zahl von Versuchen, die hier angestellt wurden, vollkommen in Stich gelassen.

Im Kriege ist die Epilepsie nicht ganz aus dem Heere ausgeschaltet. Einzelne schwere Epileptiker haben sich selbst längere Zeit an der Front halten können.

Die Zahl der Krampfanfälle, die zur Beobachtung auf Dienstfähigkeit führten, hat ja in ganz ausserordentlichem Masse zugenommen und auch in unserm Lazarett haben wir hunderte von derartigen Fällen zur Beobachtung bekommen.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelte es sich aber um hysterische Krämpfe. Verdacht an der Echtheit wurde sehr selten ausgesprochen und war das einmal der Fall, dann konnte fast immer der Nachweis erbracht werden, dass es die Eigenart dieser Fälle gewesen war, die diesen Irrtum ermöglicht hatte. Die Vortäuschung eines Anfalls haben wir hier nicht nachweisen können.

Ebenso selten kommen solche Fälle in Betracht, die durch Vorführung der krankhaften Folgeerscheinungen der Epilepsie sich forensische Vorteile zu erringen versuchten.

In erster Linie wurden hier angebliche Dämmerzustände bewusst als Folgezustände einer Epilepsie ins Feld geführt. Indirekt wurde eine Erschwerung der Beurteilung in einem für den Angeklagten gün-

stigen Sinne dadurch bedingt, dass, wie schon Raimann¹⁾ hervorhebt, eine grosse Anzahl von Degenerierten und Gewohnheitsverbrechern — und die ist jetzt in der militärforensischen Klientel reichlich genug vertreten — epileptische Antezedentien hat. Sie weisen Schädelnarben auf, sie wollen an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen leiden und wenn sie behaupten, dass sie früher an Krämpfen gelitten haben, so wird man das nicht ohne weiteres von der Hand weisen dürfen.

Weit mehr wie die Epilepsie stellt die Hysterie die forensische Begutachtung vor Aufgaben, die manchmal recht unbehaglich und verantwortungsvoll sind.

Unter den Kriegsteilnehmern hat die Hysterie in einer Weise zugenommen, wie man das früher nie für möglich gehalten hätte. Dadurch hat sich das forensische Material ganz gewaltig gehäuft, auch wenn man davon absieht, dass man bei der Annahme dieses Krankheitsbegriffes, der auch sonst seiner ganzen Natur nach einer scharfen Abgrenzung entbehrt, ausserordentlich freigebig geworden ist und nicht selten alles das, was man nicht forensisch deklinieren kann, schnell gefasst als Hysterie ansieht.

Auf der einen Seite drängt das ganze innere Wesen der Hysterie ihre Träger in die Kriminalität hinein. Die Zurechnungsfähigkeit ist dabei immer in Frage gestellt oder bedarf doch wenigstens der Prüfung, wenn die Hysterie an und für sich ja auch nur dann als straffreimachend gelten kann, wenn sie in ausgesprochener Weise in das Reich der Geisteskrankheit übergetreten ist.

Dabei führen von ihr viele Brücken in das Gebiet der Simulation herüber. Das psychische Gesamtbild des Hysterischen trägt oft den Stempel des Theatralischen und Gekünstelten. In gewissem Masse gehört die Neigung zur Lüge und Uebertreibung geradezu zum Wesen der Hysterie. Da auch ihre kriminelle Betätigung sich häufig die Gebiete zu ihrem Schauplatze aussucht, auf dem Lüge und Betrug im Vordergrund stehen, ist es selbst für einen Kenner dieses Gebietes immer sehr schwierig, und oft sogar ganz unmöglich, die Grenze zu ziehen, die zwischen den krankhaften Lügenkünsten des Hysterikers und der planmässigen und zielbewussten Uebertreibung und Vortäuschung des Simulanten nachgewiesen werden muss.

Dazu kommt noch, dass die Hysterischen, die sich so gerne im Vordergrund des Interesses sehen und denen das Theaterspielen zur zweiten Natur geworden ist, sich manchmal in entsprechenden Simulati-

1) Raimann, Ueber Simulation von Geistesstörungen. Jahrb. f. Psych. Bd. 58. S. 445.

onskomödien gefallen und gerne die Unbequemlichkeiten mit in den Kauf nehmen, die eine solche Betätigung nun einmal mit sich bringt.

Die Schwierigkeit in der Beurteilung macht sich schon in recht störender Weise bei den hysterischen Anfällen bemerkbar, die dem Laienbeobachter oft geradezu den Gedanken an Simulation aufzwingen.

Die Bewusstseinsstörung ist oder scheint doch meist viel oberflächlicher zu sein und die Reaktion auf Eindrücke und Einflüsse der Aussenwelt ist nicht in dem Masse erloschen, wie bei den epileptischen Anfällen. Sie schliessen sich nur zu gerne an Zeitpunkte an, in denen es für den Betreffenden nicht unvorteilhaft zu sein scheint, wenn er für einige Zeit der Welt des Bewussten Valet sagt. Dabei gewinnt es oft den Anschein, dass er vollkommen Herr über diese Zustände ist und sie nach Belieben in die Erscheinung treten lässt. Da sich derartige Krampfkranken so gut wie gar nicht verletzen, sich meist eine bequeme Lagerungsstätte aussuchen und durch barsches Zureden und energische Massnahmen wieder aus dem Anfalle aufschrecken lassen, sind Nichtsachverständige nur zu leicht mit einem Verdammungsurteile über diese Zustände bei der Hand. Dafür haben wir jetzt ein sehr reiches Material beobachtet.

Im Militärwesen und vor allem im jetzigen Kriege hat sich dieses Wechselspiel zwischen Hysterie und Simulation im wesentlichen einen Schauplatz auserkoren, auf dem die forensische Psychiatrie nicht zu Worte zu kommen braucht. In den zahllosen Neurotikerlazaretten mit ihren nicht immer sehr dankbaren Aufgaben hat die Hysterie recht oft durch ihre Verquickung mit einem anscheinend simulatorischen Einschlage auf die Frage der Entscheidung über die Dienstfähigkeit gedrückt, ohne dass an die Anklage wegen Simulation auch nur gedacht worden wäre.

Diese Wechselbeziehungen sind gerade in der letzten Zeit eingehender als früher geprüft worden. Was für die Frage der Dienstfähigkeit hier gesagt werden musste, hatte natürlich auch für die forensische Seite seine grosse Bedeutung.

Während Marcuse¹⁾ die Unterschiede zwischen Hysterie und Simulation auf psychologischem Wege zu erreichen suchte, erklärte W. Mayer²⁾ es für unmöglich, dass die Unterscheidung der Hysterie und Vortäuschung der subjektiv zu wertenden Auffassung des Untersuchers zu überlassen

1) Marcuse, Zur psychologischen Unterscheidung von Hysterie und Simulation. Medizinische Klinik. 1918. Nr. 9 u. 10.

2) W. Mayer, Ueber Simulation und Hysterie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. XXXIX. 1918. H. 4 u. 5.

sei. Eine Unterscheidung allein nach der äusseren Form der Symptome sei ausgeschlossen, denn die Symptomformen der Hysterie seien unbegrenzt. Der zentrale, das ganze Seelenleben durchdringende Krankheitswunsch erfülle den Hysterischen, nie den Simulanten. Die Frage, ob der Krankheitswunsch bewusst oder unbewusst vorhanden sei, sei, abgesehen von der Schwierigkeit einer sicheren Beantwortung, deshalb auch nicht ausschlaggebend, weil auch bewusste Tendenzen hysterische Mechanismen in Funktion setzen könnten. Unter dem stets wichtigen anamnestischen Material verdiene die willensmässige Lebensgestaltung und der Nachweis früherer ähnlicher Erkrankungen besondere Beachtung.

Macht man sich diese Anschauungen ganz zu eigen, dann braucht man, wenn man einmal die Diagnose auf Hysterie gestellt hat, sich mit den Schwierigkeiten der Annahme einer Simulation weiter gar nicht abzumühen und wird dann auch nur selten einmal auf Zurechnungsfähigkeit herauskommen.

Das würde aber praktisch um so weitere Folgen haben, als, wenn man sich auf die Ansichten Forster's¹⁾ einstellt, jeder Mensch in mehr oder weniger ausgesprochenem Masse zur hysterischen Reaktion neigt. Es hängt nach ihm von der Umgebung ab, ob sich die hysterische Reaktionsweise weiter entwickelt oder befestigt oder unterdrückt wird. Für die hysterische Reaktion kommt die ursprüngliche Neigung, die nicht unterdrückt, sondern ausgebildet wird, im Affekt zum Ausbruch, bei der echten Simulation wird nach Ueberlegungen planmässig zu einer bestimmten Zeit gehandelt.

Die forensischen Bedenken, die einem schrankenlosen Ueberwuchern dieser Grundsätze entgegenstehen, liegen auf der Hand.

Zu einer weit schärferen Fassung der Zurechnungsfähigkeit bei Hysterischen gelangte Niessl v. Mayendorf²⁾.

Die Hysterie darf als strafausschliessende Ursache und nicht nur als mildernder Umstand bloss unter gewissen Voraussetzungen gewertet werden.

1. Eine Anzahl ausgesprochener körperlicher und seelischer Symptome muss die Diagnose Hysterie ausser Zweifel setzen. Einzelne hysterische Zeichen sind bei psychopathisch Minderwertigen sehr häufig anzutreffen und für Hysterie noch nicht entscheidend.

2. Die Hysterie darf nicht nur als Charakteranlage, sondern muss bereits als Krankheit offenbar sein. Kriterien hierfür sind der ein-

1) Forster, Hysterische Reaktion und Simulation. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1917. Bd. 42. H. 5 u. 6.

2) Niessl v. Mayendorf, Zur forensischen Beurteilung Hysterischer. Arch. f. Psych. 1918. Bd. 59. S. 313.

wandsfreie Nachweis von Krampfanfällen oder Dämmerzuständen.

3. Die Delikte müssen ihrem Wesen nach den hysterischen psychischen Anomalien entsprechen und aus denselben eklatant hervorgehen. Auch wird die öftere Wiederholung immer derselben Straftaten sowie die Unverbesserlichkeit des Täters dessen pathologische Willensschwäche in so hohem Masse zu begründen haben, dass er der freien Wahl, sobald seine Verstandestätigkeit von bestimmten Affekten beherrscht wird, gänzlich verlustig wird.

Bei der Aussprache über den Henneberg'schen Vortrag über Aggravation und Simulation kamen praktische Gesichtspunkte für die forensische Wertung der simulierten Störungen verhältnismässig wenig zur Sprache.

Henneberg war der Ansicht, dass der Nachweis von Simulation hysterischer Anfälle kaum zu erbringen sei. Leppmänn, der betonte, dass die Frage der Simulation deshalb so schwer statistisch zu beantworten sei, weil die eigentlich ärztlichen Methoden immer nur die Entscheidung ermöglichten, ob ein Symptom psychogen sei oder nicht, hob hervor, dass je nach den Ergebnissen mehr kriminalistischer Nachforschungen und Beobachtungen man im Einzelfalle gelegentlich zur Simulationsdiagnose komme. Hirschfeld war der Ansicht, dass man im allgemeinen einen geschulten Simulanten von einem Hysteriker differential-diagnostisch nicht scheiden könne. So sei man meist zur Ohnmacht verurteilt.

Henneberg sah besonders hochgradige Aggravation bei Neurotikern, gegen die ein gerichtliches Verfahren schwebte. In der Regel werde bei den Kriegsgerichtsverhandlungen von diesen das Bild der Pseudodemenz mit Amnesie für die Tat vorgespiegelt.

Er hielt daran fest, dass es nicht angängig sei, eine hysterische Störung wie eine organische zu bewerten. Die Hysterie habe im Laufe der Zeiten ihre Erscheinungsweise vielfach geändert. Die heutige Kriegshysterie sei in sehr vielen Fällen eine wesentlich oberflächlichere Störung als in entsprechenden Fällen der Friedenserfahrung. Jetzt erkrankten auch viele nur wenig disponierte Individuen und Aggravation spiele eine viel grössere Rolle:

Nach meinen Erfahrungen gelten diese Betrachtungen auch gerade für die forensischen Fälle.

Die Zahl der Hysteriker hat im Heere in ganz ungeheurem Masse zugenommen. Während sie sich im Frieden nur in der Marine in etwas weiteren, wenn auch an und für sich noch sehr bescheidenen Grenzen hielt, spielt jetzt die Hysterie in den militärischen Krankengeschichten eine überragende Rolle.

Bei aller Wertschätzung des tatsächlichen Anwachsens der hysterischen Krankheitszustände kann es aber keinem Zweifel unterliegen, dass ihr Machtbereich ungebührlich ausgedehnt worden ist.

Gewiss sind die Grenzen der Hysterie schwer zu ziehen, ihre Aeusserungsformen vielgestaltig und zu Meinungsverschiedenheiten über derartige unbestimmte Symptomenkomplexe kann es nur zu leicht kommen. Ebenso sicher aber ist es, dass man mit der Diagnose recht freigebig umgeht. Neurastheniker aller Art, Psychopäthen mit einzelnen hysterischen Zügen, Schwachsinnige, die unbestimmte ähnliche Symptome erkennen lassen, Verletzte mit nur leicht angedeuteten Erscheinungen der traumatischen Neurose werden unterschiedslos mit der Diagnose der Hysterie geschmückt, oft nur aus Bequemlichkeitsgründen, oft aus mangelnder Kenntnis der äusserlich sich anscheinend nahe stehenden Krankheitsformen.

Das ist für die praktische forensische Tätigkeit aber ein Krebschaden. Die Betrachtung und Wertung des Krankheitsbildes wird damit auf eine Grundlage verrückt, die von vornherein eine weit bessere Möglichkeit gewährt, die Zurechnungsfähigkeit als gefährdet erscheinen zu lassen. Es ist unbedingt geboten, sich für die forensische Beobachtung eine möglichst scharfe Umschreibung der Krankheit zur Pflicht zu machen, so scharf als das eben bei der spröden Natur dieses Gebietes möglich ist.

Man muss hier das Vorhandensein ausgeprägter körperlicher Krankheitssymptome und schwerer psychischer Krankheitserscheinungen verlangen, vor allem von Dämmerzuständen. Abgesehen davon, dass die letzteren nicht immer ohne weiteres als echt anerkannt werden können, ist es wieder oft sehr schwer, zu bestimmen, ob sie auch zur Zeit der Tat vorgelegen haben oder erst zur Zeit der Beobachtung in die Erscheinung getreten sind. Es ist ja seitdem oft so viel vorgefallen — in erster Linie die Untersuchungshaft — was eine stärkere Ausprägung von an und für sich harmloseren hysterischen Erscheinungen im Gefolge gehabt haben konnte. Man wird daher der Anamnese eine recht erhebliche Wichtigkeit beilegen müssen, wenngleich jetzt im Kriege leider gerade für die wichtige Zeitspanne, in die die strafbaren Handlungen fallen, einwandfreie Angaben nach dieser Richtung hin oft nicht zu erhalten sind.

Was nun die Vortäuschung krankhafter Erscheinungen hysterischer Natur anbetrifft, so wird man sicher mit dem Begriffe der Simulation ganz besonders vorsichtig sein und nur im äussersten Falle mit ihm operieren. Es darf eben nie vergessen werden, wie vielgestaltig das Krankheitsbild der Hysterie ist. Man darf den Symptomen einen ge-

waltigen Spielraum lassen und man soll sich nicht von vornherein an ihrer Fremdartigkeit stossen. Aber das darf uns doch nicht bewegen, nun alles ohne jeden Widerspruch in den Kauf zu nehmen. Entwickeln sich diese oft so seltsamen Symptome bei Personen, bei denen die ganze Vorgeschichte für eine hysterische Veranlagung vollkommen schweigt, dann wird man schon eher zu einem gewissen Misstrauen berechtigt sein dürfen.

Man wird dann aus der Betrachtung der gesamten psychischen Persönlichkeit sich ein Urteil bilden müssen, ob man diesen Angaben Vertrauen schenken will oder nicht. Man wird sich dann eher zu einer Entscheidung entschliessen können, ob man eine bewusste oder unbewusste Uebertreibung oder Vortäuschung annehmen soll, wenn man sich auch darüber nicht im Unklaren ist, dass eine solche Entscheidung immer nur ein Ausfluss der subjektiven Anschauung bleibt und dass sie nie durch objektive Untersuchungsmethoden geschaffen werden kann.

Das ist aber auch bei so vielen anderen Objekten der forensischen Psychiatrie nicht anders. Man denke nur an die Abwägung geistiger Schwächezustände für die Zurechnungsfähigkeit, die Glaubhaftigkeit der Amnesien, die Wertung der Macht der Triebe, der Zwangsvorstellungen.

Man kommt eben dabei nicht darum herum, dass wir der subjektiven Einschätzung dieser zweifelhaften Erscheinungen eine Bedeutung zukommen lassen, die man an und für sich gerne entbehren möchte und die man in forensisch-psychiatrischen Dingen nur als äussersten Notbehelf in Anspruch nimmt. Auf Grund der klinischen Erfahrungen, die man sich gesammelt hat, auf der Grundlage der forensischen Erfahrungen und der Menschenkenntnis, die man sich zumuten darf, muss man sich bemühen, diesem Subjektivismus eine möglichst kräftige Unterlage zu geben. Dann kann man sich immer ein zutreffendes Gesamtbild des Täters aufbauen, auch wenn man sich dabei nie verschweigt, dass wir bei dieser Krankheit nie unfehlbar sein können.

Es darf auch nicht zu gering angeschlagen werden, dass manche Nebenumstände, manche Beobachtungen der Umgebung, die Wertung des Vorlebens des Angeklagten, die seine Glaubwürdigkeit in schlechtem Lichte erscheinen lässt, während sie seiner Neigung zur Kriminalität und seine allgemeine Unglaubwürdigkeit um so stärker hervortreten lässt, uns die Unterlagen zur festeren Gestaltung unseres Urteils an die Hand gibt, obgleich diese unterstützenden Momente oft mehr in das Gebiet der Kriminalistik als der Psychiatrie gehören.

Ziehen wir uns aber in müder Resignation auf den theoretisch ja ganz unanfechtbaren Grundsatz zurück, dass bei der Hysterie alles möglich ist, dass Simulation und Hysterie zwei sprechend ähnliche Zwillings-

kinder sind und wir uns auch eine subjektive Trennung der Begriffe nicht zutrauen dürfen, dann wird man uns sicherlich nie eines Fehlers zeihen können. Ebenso sicher ist es aber auch, dass wir, wenn wir in so bequemer Weise der Endentscheidung aus dem Wege gehen, der Gerechtigkeit keinen Gefallen erweisen und Persönlichkeiten der Strafe entziehen, die sie auch bei Zuerkennung aller Milde verdient haben und die durch die Macht des Beispiels auch andere stammverwandte Naturen dazu anfeuern werden, sich gleichfalls auf diesem Gebiete zu versuchen.

Bei ausgesprochenen Fällen von Hysterie wird man ohne weiteres den Begriff der Simulation ganz aus dem Spiele lassen. Auch bei den verwaschenen Formen begnügt man sich am besten damit, bei der Zurechnung der Zurechnungsfähigkeit nur stillschweigend alles das in Abzug zu bringen, was man als Zutat ansieht.

Hebt man in den Gutachten die Uebertreibungen hervor, dann ist man auch verpflichtet, das Gericht darüber aufzuklären, in welchem Zusammenhange diese Versuche mit der Grundnatur der krankhaften Anlage stehen.

Fall 7. Landsturmmann Zu., Viehhändler, 38 Jahre. Als Kind war Zu. schwächlich und litt an Schwindelzuständen. Schlechter Schüler. Ernstlich krank war er nie. Im Wesen war er immer still, nur regte er sich leicht auf. Im Geschäfte sehr brauchbar.

1915 als Landsturmpflichtiger eingezogen rückte er mit einer Kolonne nach dem Osten aus. Hier will er sich durch Sturz von einem Heuwagen einen Schädelbruch zugezogen haben. Lange Lazarettbehandlung. Verletzungen gehen aus den Krankenpapieren nicht hervor. Zuletzt in Langenhagen. Hier wurde festgestellt, dass er neben einer rechtsseitigen alten Sehnervenatrophie, die spezialistisch als nicht traumatisch festgestellt wurde, an Nervenstörungen leide, die in das Bild einer leichten hysterischen Neurose gehörten. Daneben bestand ein starker Verdacht auf Aggravation der subjektiven Beschwerden. Zu. wurde jetzt zu leichtem Dienste herangezogen und wiederholt wegen unerlaubten nächtlichen Fernbleibens aus dem Quartier bestraft. Zuletzt weigerte er sich andauernd, Dienst zu tun, da er es nicht könne und krank sei. Sobald man sich mit ihm beschäftigte, zitterte er am ganzen Körper und war nicht imstande, sich zu bücken. Der Truppenarzt hielt ihn für einen Simulanten. Als er sich am 12. 7. 1917 zur Meldung über eine über ihn verhängte Strafe auf der Schreibstube melden sollte, gab er dem Unteroffizier ungebührliche Antworten und vergriff sich tätlich an ihm. Zuletzt warf er sich auf den Boden und „bekam anscheinend Krämpfe“.

Anstaltsbeobachtung. Aeusserlich still und apathisch, Gesichtsausdruck unbewegt, doch hatte sein Wesen etwas Lauerndes. Seinen Eltern liess er von einem Kameraden mitteilen, er könne nicht schreiben. Immer stand er untätig für sich allein herum.

Allen Fragen, weshalb er da sei, wich er aus oder erklärte, er sei mal vom Baume gefallen und habe einen Schädelbruch erlitten, so dass die Splitter den Sehnerven durchtrennt hätten, später, er habe noch eine Kugel im Kopfe. Nie werde er wieder seine Geschäfte besorgen können, er sei schwermütig geworden. Später äusserte er einmal, er habe einen Zusammenstoss mit einem Unteroffizier gehabt. Nach seinem Leben frage er nichts mehr und habe sich schon einmal aufgehängt. (Nicht zutreffend.)

Alle seine Kameraden gewannen von ihm den Eindruck eines Simulanten. Einem Kameraden, der ihn besonders bemitleidete, schloss er sich immer mehr an und unterhielt sich mit ihm im Flüstertone ausführlich über seine und seines Vaters geschäftliche Beziehungen. Anderthalb Jahre habe er in der Front gestanden, habe einen Kopfschuss erhalten und sei dadurch erblindet. Ausführlich schilderte er seine Leiden, bei denen er wochenlang ohne Besinnung gelegen habe. Seit dieser Kopfverletzung leide er an Krämpfen. Das eine Mal habe der Unterarzt einen solchen Anfall gesehen, ihn aber als Simulation aufgefasst und gesagt, man solle ihn nur in den Hintern treten und in Arrest stecken. Der Stabsarzt habe die richtige Diagnose auf Hysterie gestellt! Der Arzt in Langenhagen habe ihn für krank gehalten und von Traumbeständen gesprochen. Ob er ihm wohl sagen könne, ob Traum- und Dämmerzustände dasselbe seien? Mit einem Unteroffizier habe er einen Zusammenstoss gehabt. Der Arzt habe ihn auch jetzt so angeschnauzt, ihm Vorhaltungen über seinen Briefverkehr gemacht und ihm einen Brief eines Mädchens aus Köln gezeigt, den er ihm vorenthalten habe. Es habe ihm nicht gepasst, dass der Oberwärter immer gehorcht habe, als sein Vater dagewesen sei. Er und der Vater hätten nicht einmal geschäftliche Dinge besprechen können.

Bei diesem Besuche zeigte er sich im Anfange ganz angeregt, machte durchaus nicht den schläfrigen Eindruck, den er sonst machte und erkundigte sich sehr interessiert, wie es zu Hause gehe. Nachher sprachen sie leise und unverständlich miteinander und schienen sich durchaus zu verstehen.

Bei den Untersuchungen machte er immer sofort einen apathischen und stumpfen Eindruck. Kein Mienenspiel. Kein Affekt. Dabei fasste er gut auf, antwortete aber immer wie schwerbesinnlich. Das Gedächtnis für seine frühere Vorgeschichte war sehr gut, für die letzte Zeit wollte er nicht mehr Bescheid wissen.

Dass er sich durch seine Anfälle einen Schädelbruch zugezogen habe, wisse er aus dem Soldbuche. (Enthält nichts.) Ob, weshalb und wie oft er mit Arrest bestraft worden sei, könne er nicht mehr sagen, auch nicht, wann und wo er im Lazarett gewesen sei.

Auf Befragen klagte er über zahlreiche nervöse Beschwerden. An nichts mehr habe er Lust und könne sich nicht mehr freuen. Bei der Intelligenzprüfung, bei der er im vergangenen Jahre sehr gut abgeschnitten hatte, gab er nur Fehlantworten.

Den Angaben, die er im vergangenen Jahre über erbliche Belastung gemacht hatte, fügte er jetzt noch einen Onkel und eine Kusine hinzu.

Von den ihm zur Last gelegten Straftaten wollte er nichts wissen. Eines Vorfalles mit einem Unteroffizier könne er sich nicht entsinnen. Dass er von einem Gerichtsoffizier vernommen worden sei, wisse er, nicht aber, dass ihm eine Krankmeldung verboten gewesen sei und dass er wegen Uebertretung eine Arreststrafe bekommen sollte.

Darauf wurde ihm auf Grund seines Briefwechsels, der erkennen liess, dass er an Angehörige und Bekannte geschrieben und seinem Bruder sogar kurz vorher noch ausführliche Verhaltensmassregeln gegeben hatte, vorgehalten, dass er seine Beschwerden und vor allem seine Gedächtnisschwäche ganz erheblich übertreibe. Er schrak zusammen, stierte um sich, zitterte am ganzen Körper und schwankte hin und her, ohne aber hinzufallen, schnappte nach Luft, fasste sich an die Kehle und konnte kein Wort herausbekommen.

Das Bewusstsein war nicht gestört. Er kam allen Aufforderungen prompt nach und bückte sich beim Ausziehen ohne jede Schwierigkeit. Die nächste Mahlzeit verweigerte er und lag noch stundenlang auf seinem Bette, ohne ein Wort zu sprechen.

Bei einer späteren Untersuchung erklärte er, er könne sich dieses Zustandes nicht mehr entsinnen und wollte von der ganzen Unterhaltung und Untersuchung nichts mehr wissen. Das müsse wohl mal wieder ein „Dämmerzustand“ gewesen sein. Solche Anfälle habe er schon öfters gehabt.

Als ihm seine Aeusserungen zu den Kameraden vorgehalten wurden, leugnete er in frechem Tone und mit grosser Ruhe alles rundweg ab. Er sei eben Jude und das genüge.

Körperlicher Befund: Abgesehen von der Sehnervenatrophie negativ.

Man musste schon sehr weit gehen, wenn man Zu. eine Hysterie zuerkennen wollte auf Grund des einen Anfalls, den er beim Militär erlebt hatte, und des sehr anfechtbaren Zustandes, den er als Dämmerzustand aufgefasst wissen wollte, ohne dass in seiner Vorgeschichte ein entsprechender Vorgang nachzuweisen war. Dafür hatte er sich nach dem Wesen dieser Zustände erkundigt und sich gleichzeitig als Unterlage für die bei ihm vorhandene nicht traumatische Sehnervenatrophie einen Unfall geschaffen, den er in wechselnder Weise darstellte. Ohne dass etwas eingetreten wäre, was ihn in intellektueller Beziehung hätte schädigen können, hat sich seine geistige Leistungsfähigkeit in der auffallendsten Weise gegenüber der früheren Beobachtung gesenkt, d. h. nur dem Arzte gegenüber, während er durch Briefe und die Unterhaltung mit seinem Vater und Kameraden gegenüber bekundete, dass er in dieser Beziehung noch recht gut beschlagen war und vor allem auch nicht einen Gedächtnisverlust zu beklagen hatte.

Fall 8. Pionier Rudolf Sch., Kaufmann, 32 Jahre. Am 12. 7. 1917 schlich er sich in eine Wirtschaft ein, durchsuchte das Zimmer eines Arbeiters und versuchte das Spind der Arbeiterin Ru. zu öffnen. Als diese hinzukam, flüchtete er, nachdem er auf Befragen noch angegeben hatte, er sei nicht drinnen

gewesen. Am nächsten Tage bestritt er entschieden, in der Wirtschaft gewesen zu sein, über sein sonstiges Verhalten an diesem Tage gab er genaue Auskunft. Bei einer Haussuchung fand sich eine Menge Sachen, die von anderen Diebstählen herrührten. Ueber die Herkunft der Sachen machte er ganz genaue Angaben. Eine Hose wollte er von einem Arbeiter De— bekommen haben. Dieser leugnete das entschieden ab. Dagegen hatte Sch. ihm erzählt, er sei wegen seiner Nerven schon im Krankenhause gewesen. Man halte ihn für nicht ganz normal, aber er sei schlauer, wie sie alle zusammen.

Früher wegen unerlaubter Entfernung 6 Monate Gefängnis. Achtmal in Lazarettbehandlung. In zwei Lazaretten, in denen er sich wegen Muskelrheumatismus befunden hatte, war er in nervöser und psychischer Beziehung in keiner Weise aufgefallen. Im Festungslazarett K. gab er an, er leide, seitdem er in Serbien ein Ponton gegen ihn gefallen sei, an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen. Keine Anfälle. Im Reservelazarett M. gab er an, er habe seine Anfälle im Anschluss an eine Verschüttung bekommen. Hier bekam er angeblich drei Anfälle, die aber ärztlich nicht beobachtet wurden. Vom 24. 1. bis 12. 4. 1917 war er im Lazarett Be. Aerztlicherseits wurde hier einmal ein „Anfall“ beobachtet, ohne Zungenbiss, ohne Einnässen. Die Pupillenreaktion konnte nicht geprüft werden. Er erwies sich als reizbar und gewalttätig. Der Hausordnung fügte er sich schlecht und verliess nachts oft das Lazarett. Auf die psychiatrische Abteilung verlegt. Hier stets ruhig und geordnet. Die Natur der Anfälle konnte nicht als epileptisch festgestellt werden. Keine Anfälle. Da ein weiterer Aufenthalt in der psychiatrischen Abteilung als unzulässig bezeichnet wurde, als „Affektepileptiker“ entlassen.

Nachdem er wieder einige Zeit im Lazarett Mi.— ohne Anfälle gewesen war, kam er in das Lazarett Ei. Keine Anfälle.

Einmal hatte er auf dem linken Vorderarme einige rote Striche. Er behauptete, diese seien von einem Manne mit schwarzem Barte gemacht worden, der in der Nacht zu ihm gekommen sei.

In Langenhagen wusste er über seine Vorgeschichte zunächst genau Bescheid, die Diebstähle bestritt er entschieden. Dazwischen erkundigte er sich in kindlicher Weise, ob er Flieger werden könne. Mit den anderen Kranken verkehrte er nicht. Meist wandelte er im Wachsaaie herum und führte verworrene Selbstgespräche. Ab und zu klagte er über Kopfschmerzen.

In der Unterhaltung sah er den Ärzten an, sondern stierte mit wilden Blicken gegen die Decke. Er gab immer sehr widerstrebend Auskunft. Stimmung mürrisch. Um die Antworten, die ihm nicht angenehm waren, suchte er sich herumzudrücken. Dabei liess sich nur feststellen, dass er sehr gut auffasste und ganz genau wusste, worauf es ankam. Als Kind sei er immer ganz gesund gewesen, habe nie Krämpfe oder dergleichen gehabt. „O, wie gerne möchte ich fliegen“. Auch später sei er immer gesund gewesen, habe nie getrunken, keinen Unfall erlitten und sei nicht geschlechtskrank gewesen. Auf der Schule habe er allerdings nicht besonders gut gelernt. Im Kriege habe er geheiratet, wann und wo, wisse er aber nicht, auch nicht, wie seine Frau als Mädchen

geheissen habe. Dann sei er Schiffer geworden und auf der Weser zur See gegangen. (Sie da, Doktor, ich kann doch wohl mal sicher Urlaub kriegen?)

Wo er in Frankreich gestanden habe, wisse er nicht, auch nicht, wo er im Lazarett gewesen sei. 1915 habe er in Galizien Anfälle gekriegt, wann und bei welcher Gelegenheit, sei ihm entfallen. Trotzdem habe er gegen Serbien gemusst. Er habe die Donau überschritten, sei dabei hineingefallen und habe wieder einen Anfall bekommen. Von dieser Zeit ab sei er immer wieder in den Lazaretten gewesen, die er nicht nennen könne. Nur zuletzt habe er in Mi. 8 Monate lang in einem Lazarette gelegen. Dass er in einem anderen Lazarett gewesen sei, bestreitet er im affektiert kindlichen Tone: „In Mi, in Mi“. Erst bei nochmaligem Zureden weiss er dann plötzlich von seinem Aufenthalte in Hannover in einem Lazarette, dessen Lage er ganz genau beschreibt. Jetzt sei er nur hier, „weil man ihn hierher gebracht habe“.

Auf die Frage, ob er nicht wegen unerlaubter Entfernung im Felde verurteilt worden sei, erklärt er mit hoher sittlicher Entrüstung, er wisse davon nichts. Noch nie sei er vor Gericht gewesen. Noch nie habe er etwas von Fahnenflucht gehört und dafür könne ein Mensch doch nicht bestraft werden.

Auch aus Be. sei er noch nie fortgelaufen: „da war ich doch immer in Capernaum und in Moringen und habe, o, so fromme Lieder gesungen. Hallelujah!

Aus dem Parkhause „solle“ er auch einmal fortgelaufen sein, da sei er dann am Morgen auf der Wache gewesen, wohin ihn brave Zivilisten gebracht hätten. Da sei auch der böse schwarze Mann gewesen und habe ihn immer geschlagen. Aber hier könne er ihm nichts tun, da sei ja eine Irrenanstalt, da könne er nicht hinein. O, wie schön ist es doch hier!

Auf nochmaliges Befragen erklärt er nach längerem Ueberlegen, er solle Brotmarken gestohlen haben und wisse doch gar nicht, was das sei. Ausserdem solle er 5 M. genommen haben, auch davon wisse er nichts. Auf weiteres Befragen räumt er dann noch eine Hose ein, die man ihm nicht gönne. Die habe er aber von einem Manne Namens De— gekauft und sehr schäbig sei sie gewesen. Die Frau habe auch behauptet, sie habe ihn gesehen, wie er die Treppe hinuntergegangen sei. Die ganze Sache solle sich ja in Mi. in der Wirtschaft von Wi. abgespielt haben. Da sei er noch nie gewesen. Als der Diebstahl passiert sein solle, sei er dauernd in seinem Quartier gewesen und habe sich fleissig beschäftigt. Von der Haussuchung will er zunächst nichts wissen. Auf Vorhalt gibt er dann gekränkt mit leidendem Gesichtsausdruck zu, dass bei ihm ein Drillichanzug gefunden worden sei. Den habe er aus dem Lazarett mitgebracht.

Als er nach erfolgter Beobachtung wieder in das Untersuchungsgefängnis zurückgebracht worden war, stellten sich dort bei ihm sofort „Anfälle“ ein, die nicht ärztlich beobachtet werden konnten. Bald darauf lief er zweimal aus dem Lazarette Wa. fort. Das eine Mal wurde er in der Stadt in Gesellschaft eines schönen jungen Mädchens betroffen und erklärte dem Unteroffizier, der ihn anhielt, er werde sich in den nächsten Tagen wohl wieder einmal im Lazarett sehen lassen. Beim zweiten Mal lief er auf den Friedhof, wo er sich, nachdem er sich die Stiefel ausgezogen hatte, leise weinend auf einen Grab-

hügel setzte. Schliesslich fuhr er nach Mi. und wurde hier bei seiner Frau im Bette liegend gefunden. Für beide Entweichungen wollte er nachher auch nicht die geringste Erinnerung haben.

Darauf kam er in das Reservelazarett Jl., auch hier liessen ihn die Anfälle gänzlich im Stiche. Als er dagegen elektrisiert wurde — nach Aussage des behandelnden Arztes wurde er mit einem ganz schwachen Strömchen in überaus liebevoller Weise behandelt —, war plötzlich die Erinnerung an die beiden Entweichungen wieder da. Aus freien Stücken gab er alle Einzelheiten aus dieser Zeit an. Darauf kam er nach Langenhagen. Mit der Miene eines ungerecht geplagten schweren Dulders betrat er die Anstalt.

Im Lazarett Wa. habe man ihm gesagt, er solle sich so schnell wie möglich um ein Schiff bewerben und das habe er dann auch getan. Weshalb man ihn dann wieder hierher gebracht habe, könne er nicht verstehen. Die ganze Geschichte habe keinen Zweck, am besten sei es ja wohl, wenn man ihn in Ruhe lasse, da er doch schwer krank sei. Wie er nach Mi. gekommen sei, könne er nicht sagen. Man habe ihn bange gemacht, man würde in Jl. so furchtbar schwer elektrisiert. Da habe er und ein Kamerad sich gesagt, dass es doch am besten sei, wenn sie gleich fortliefen. Als er mit 6—8 Kameraden den Leidensweg nach Jl. habe antreten sollen, sei er in das Wirtshaus hinten an der Ecke gegangen. Da habe er einen Schnaps getrunken und als er wieder zu sich gekommen sei, habe er bei seiner Frau in Mi. im Bette gelegen, ohne dass er gewusst habe, was er da gewollt habe.

Bald darauf sei er eines Morgens auf dem Friedhofe gewesen, ohne zu wissen, wie er dort hingekommen sei. Seine Schuhe hätten ihm gefehlt. Die Sache sei ihm so furchtbar unheimlich gewesen, dass er sich von einem Manne in sein Lazarett habe zurückführen lassen.

In Jl. habe er genaue Mitteilungen über seine Fahrt nach Mi. gemacht, weil man ihn in der furchtbarsten Weise gequält habe. Dann sage der Mensch alles, auch das, wovon er gar nichts wisse. Aber man habe einen solchen Starkstrom in sein schwaches Leib hineingelassen, dass ihm noch jetzt das ganze Rückenmark wackele.

Bei der Visite stand er in schlotteriger Haltung in den Ecken herum, indem er das Bild des tiefsten Grames darbot und seine umflorten Blicke ratlos an der Decke herumirren lies. Auch bei den Untersuchungen sass er völlig zusammengebrochen da, sah den Arzt wehmütsvoll an und erging sich in den beweglichsten Klagen in überaus hohlem Theaterpathos.

Sobald er dem Arzte aus den Augen war, lebte er auf und führte das grosse Wort. Dabei nörgelte er beständig und schimpfte vor allem über den Militarismus und alles, was damit zusammenhängt.

Krampfähnliche Erscheinungen wurden während der Untersuchung nicht bemerkt.

Nach seiner Gesamtveranlagung konnte man ihm die Diagnose der Hysterie, die an Stelle der früheren Epilepsie getreten war, wohl gönnen. Allerdings versagte der körperliche Befund ganz und dass die Krämpfe

recht überzeugend gewirkt hätten, liess sich auch nicht behaupten. Auf der psychiatrischen Abteilung in Be., auf der man ihn ausdrücklich für nicht geisteskrank erklärte, stellte man eine Affektepilepsie fest. Sonst aber gelang es ihm nicht, während der viele Monate umfassenden Lazarettbehandlung einen unanfechtbaren Anfall von sich zu geben. Dabei führte er gleich vier verschiedene Ursachen dafür ins Feld!

So hatte er sich um so mehr zum Vertreter der typischen Lazarettdegeneration ausgebildet, der ganz dem entnervenden Einflusse einer zu lange und zu liebevoll ausgeübten Behandlung zum Opfer gefallen war.

Auch wenn man ihm seine Hysterie zu Gute hielt, brauchte man der kindlichen Art seines Auftretens, seiner künstlichen Naivität und am wenigsten seinen sich immer zur rechten Zeit einstellenden Dämmerzuständen Glauben zu schenken, um so weniger, als sie sich bei geeigneter Behandlung glatt und restlos lösten.

Bemerkenswert ist dieser Fall dadurch, dass die Uebertragung der Kaufmann'schen Methode auf die psychischen Ausfallserscheinungen zu einem dem Täter später unbequemen Ergebnisse führte.

Damit knüpft die Behandlung derartiger Simulanten an die Mittel an, deren sich die Psychiatrie und nicht in letzter Linie die Militärpsychiatrie in derartigen Fällen früher mit besonderer Vorliebe zu bedienen pflegte. Es war die Zeit, in der man vor allem der Anwendung der kalten Dusche und längerer Nahrungsentziehung, Ekelkuren, Brechmitteln, Douchen, Einsperrung zu ekelhaften, tobenden oder gefährlichen Kranken, lebensgefährliche Angriffe, Feuerruf im Hause, Chloroformierung nicht zurückscheute, wenn es galt, den Trotz eines vermeintlichen oder wirklichen Simulanten zu brechen.

Man hat jetzt im allgemeinen von derartigen Mitteln Abstand genommen. Ist man seiner Sache sicher, dann bedarf es solcher Mittel nicht und will man erst Klarheit in die dunkle Sachlage bringen, dann läuft man Gefahr, einem Geisteskranken und Unzurechnungsfähigen ein nicht wieder gut zu machendes Unrecht anzutun. Zähe und widerstandsfähige Naturen dagegen wird man nur zu leicht noch mehr in ihre Täuschungsbestrebungen hineintreiben und ihre Gestaltungskraft zu neuen Taten anregen. Dabei verraten sie nur die Unsicherheit des Gutachters und Krafft-Ebing bezeichnete sie geradezu als ein Armutszeugnis für den Arzt. Auch Bonhoeffer hielt ein kriminalistisches Aufdeckungsverfahren, den Versuch der Geständniserzwingung bei den Zwischenzuständen zwischen Hysterie und Simulation für unzweckmässig. Praktisch stelle man sich zweckmässiger auf den Standpunkt, dem Patienten eine Brücke zu bauen und ihn auf irgend einem Wege der Ueberredung oder irgend einer psychopäagogischen Massnahme zum

Verlassen seiner Position zu bestimmen. Nachträglich sei oft eine Aufklärung mit moralischer Note angebracht, um der Wiederkehr der Zustände zu begegnen. Auch vom militärärztlichen Standpunkte aus verfocht Dannehl¹⁾ den Standpunkt, dass man solche nicht ganz einwandfreien Mittel und Ueberrumpelungsversuche nicht anwenden dürfe. Auch hier haben wir im allgemeinen die besten Erfolge bei der Klärung dieser zweifelhaften Zustände dadurch erzielt, dass man zunächst mit sanfter Gutgläubigkeit zuhört und den Künstler dadurch dazu begeistert, sich an eine noch so farbenreichere Ausgestaltung der vorgeführten Zustände zu begeben. Mit der nötigen Geduld wird man dann schliesslich doch meist zum Ueberblicke über die Sachlage kommen. Ist man so weit, dann kann man versuchen, durch festes Zureden dem Betreffenden klar zu machen, dass er mit seinen Bemühungen keinen Erfolg haben wird. Ebenso hat das energische Zureden des Richters in der Hauptverhandlung, doch auf die Simulation zu verzichten, schon recht oft einen offensichtlichen Erfolg gehabt. Das ist in letzter Linie darauf zurückzuführen, dass es den Angeklagten fast ausnahmslos bekannt ist, dass sie sich bei der Strafzumessung weit besser stehen, wenn sie die Geduld der Richter nicht durch Leugnen, Lügen und Uebertreibungen auf eine zu harte Probe stellen. Dafür sorgt die Verbreitung der kriminalistischen Erfahrungen, die unsere Delinquenten gesammelt haben.

Allerdings haben die Stimmen, die für eine rauhere Tonart sprechen, nie ganz geschwiegen.

So glaubte Fritsch²⁾, man könne nicht in jedem einzelnen Falle mit den milden Methoden zum Ziele kommen und wenn es auch vom ärztlichen Standpunkte aus nicht geraten erscheine, zu Repressalien seine Zuflucht zu nehmen, so müsse dennoch hie und da einmal eine schärfere Massnahme der Untersuchungsmassnahmen getroffen werden, um die Situation klarzustellen.

Auch Reimann³⁾ hielt bei Simulanten unter bestimmten Indikationen die Anwendung hydropathischer Prozeduren und den faradischen Pinsel für angezeigt, besonders wenn die logische Bearbeitung zu einem Resultat geführt habe und man dem grausamen Spiel der Simulation ein Ende machen wolle. Auch meines Erachtens liegt kein Bedenken

1) Dannehl, Ueber Simulation. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1912. Bd. 41. S. 361.

2) Fritsch, Erfahrungen über Simulation von Irresein und das Zusammentreffen desselben mit wirklicher geistiger Erkrankung. Jahrb. f. Psych. 1880. Bd. 36. S. 322.

3) Reimann, Ueber Simulation von Geistesstörungen. Jahrb. f. Psych. Bd. 22. S. 443.

vor, die Kaufmann'sche Methode in derartigen Fällen anzuwenden. Sie ist für kranke Menschen erdacht, die gesund gemacht werden sollen. Wenn unsere Beobachtungsranke angeben, an Folgeerscheinungen einer Krankheit zu leiden, deren körperliche Symptome diesem Verfahren unbedenklich unterworfen werden, dann ist nicht einzusehen, dass man auch der Heilung der psychischen Krankheitserscheinungen in ähnlicher Weise zu Leibe geht. Weshalb unsere kriminell gewordenen Krieger eher den vorübergehenden Unbequemlichkeiten dieses Verfahrens aus dem Wege gehen sollen, wie ihre nicht straffälligen Kameraden, lässt auch nicht durch die weitgehendste Sentimentalität sich rechtfertigen.

Voraussetzung ist natürlich, dass man auch hierbei die Vorsichtsmassregeln nicht vergisst, die bei diesem Verfahren nun einmal unentbehrlich sind. Und ebenso müssen wir uns bei dieser Wiederbelebung des angeblich erloschenen Erinnerungsvermögens davor hüten, die Fragestellung nach den Einzelheiten der angeblich aus dem Gedächtnisse ausgefallenen Tat irgendwie suggestiv zu gestalten. Man muss auch auf die unangenehmen Zwischenfälle gefasst sein, die hierbei gelegentlich einmal auftreten können.

Fall 9. Flieger Erich Na., Kaufmann, 26 Jahre. Mässige erbliche Belastung. Als Kind englische Krankheit und Krämpfe. Schlechter Schüler. Viele dumme Streiche. In der Lehre kümmerlich. Kam als Kriegsfreiwilliger ins Feld. Nach wechselnden Schicksalen zertrümmerte er mit Kameraden nachts in Läden die Scheiben, stieg ein und verkaufte später die Beute. Hatte stets Dietriche bei sich.

Nach Ergreifung wurde er in einem Nervenlazarett für verhandlungs- und haftfähig erklärt. Es sei möglich, dass er eine psychopathische Persönlichkeit sei, ebenso sicher aber, dass er „sich den Eindruck eines Schwerkranken beizulegen suche“. Dem Personal und dem Arzte gegenüber tat er, als ob er kaum sprechen könne, atmete schwer, hielt sich den Kopf und schlich anscheinend mühsam umher. Dagegen unterhielt er sich flott mit einer Biermamsell und versuchte von einem Oesterreicher Kranken sich dessen Uniform zu leihen, um in die Stadt zu gehen. Diesem erzählte er, er habe flott verdient, viel gelumpt und einen Teil seines Geldes in der Uhrkapsel. Im Kreisgefängnis bekam er sofort Anfälle und wurde wieder in das Lazarett zurückgebracht. Seine Abteilung hielt ihn für einen Simulanten. Aerztlicherseits stellte man fest, dass er zweifellos eines simulatorischen Verhaltens überführt sei, doch bestehe die Möglichkeit, dass er ein Psychopath sei.

Anstaltsbeobachtung. Zunächst blieb er unter der Bettdecke liegen, starrte nach den Türen und sah mehrere Male ängstlich unter das Bett. Auf Fragen gab er gar keine Antwort.

Am nächsten Morgen gab er richtige Antworten, klagte aber über heftige Kopfschmerzen und legte sich ostentativ ein nasses Handtuch um den Kopf.

Am darauffolgenden Tage wollte er wieder nicht wissen, wo er sei, stellte an das Personal ganz sinnlose Fragen und klagte beständig über die heftigsten Kopfschmerzen. Dem Oberwärter trat er in planloser Weise in den Weg, starrte ihn wie abwesend an und berührte ihn wie prüfend. Der Saalwache erzählte er, er höre Stimmen, die ihn riefen. Eine Zeit lang ahmte er alle Geberden, Bewegungen und Hantierungen seiner Bettnachbarn nach. Zwischendurch beschäftigte er sich mit Lesen und unterhielt sich mit den anderen Kranken, vor allem mit zwei schwer Kriminellen. Das Untersuchungszimmer betrat er mit leeren Blicken. Die Frage nach seinem Geburtsjahr wiederholte er öfters wie abwesend. Auf weiteres Fragen sagte er, den Arzt vorwurfsvoll anschauend: $2 \times 12 = 25$. Auf die Frage nach seinem Alter fragte er kindlich zutraulich: „Meine Seife ist doch hier? Sind meine Hosen nicht hier?“ Dann stand er auf, ging vor den Spiegel, besah sich wohlgefällig und kehrte gravitatisch auf seinen Platz zurück. Auf die Frage, wann er beim Militär eingetreten sei, meint er, „das ist schon lange her, drum freut es uns so sehr“. Was ist Ihr Vater? „Der tut auch in Berlin sein. Er ist Feldwebelleutnant. Du, in dem Kronleuchter fehlt eine Birne, die ist hinausgeschraubt.“ Die Zahl seiner Geschwister könne er nicht angeben, da sei auch einer von Soldat. In welcher Strasse er in Berlin gewohnt habe, könne er nicht angeben, „sehen Sie, solche Kopfschmerzen hat man, dass man allens vergessen hat“. Er habe eine Oberrealschule besucht, wo die aber gelegen habe, könne er nicht sagen, da sei er noch ein ganz kleines Baby gewesen.

Bis zu welcher Klasse sind Sie gekommen? „In Berlin bin ich gewesen, was macht man denn mit so einem Dinge? 1914 sei er als Freiwilliger eingetreten, das weitere weiss ich nicht, da müssen Sie in meinem Passe nachsehen. Ja Flieger war ich. Ja Flieger in der Türkei und zwar der allerbeste.“ Will sich dann plötzlich die Hände waschen. „Nein sind Sie schmutzig.“ Was er hier in der Anstalt solle, wisse er nicht. „Nun kann ich doch auch gleich wieder gehen, denn ein fremder Mann hat mir gesagt, ich solle im Bette liegen bleiben.“ Als unten die Hausglocke läutet, erhebt er sich, um aufzuschliessen. Er komme direkt aus einem Lazarette in Berlin und sei ganz allein hierher gekommen.

An welchem Flusse liegt Berlin? „In Allenstein war ich auch.“

In den nächsten Tagen beantwortete er jede Frage, die man an ihn richtete, mit den Worten: „Morgen früh um 9 Uhr muss ich zur Beerdigung.“ Bei der Pupillenuntersuchung kniff er immer die Augen fest zu. Bei der Prüfung des Augenfusschlusses fiel er schon um, ehe er überhaupt die Augen geschlossen hatte.

Auf der Rückkehr erzählte er dem Unteroffizier, dass er sich verstellt habe, er sei ebensowenig verrückt, wie die andern, die dort zur Beobachtung gewesen seien. Er sei der gesundeste Mensch von der Welt und werde versuchen, aus dem Lazarett zu entweichen, da er früher schon im Auslande gewesen sei und ganz genau Bescheid wisse. Lieber wäre es ihm schon, wenn er damit durchkomme, dass er den Verrückten markiere. Dann werde er um so schneller entlassen und beziehe Rente. Er wisse genau, dass die Aerzte

schon an seinem Geisteszustande zweifelten. Er habe auch einen Freund, der es lebhaft bedaure, sich nicht so anstellen zu können wie er. Der habe aber wenigstens eine alte Kopfverletzung aufzuweisen und hoffe damit sein Ziel erreichen zu können. Er habe im Gefängnis absichtlich nicht gegessen und sein Brot verschenkt. Das Hungern halte man ganz gut aus, wenn man einmal über den Anfang hinweg sei. Er habe nur da gestohlen, wo es die Leute gut hätten entbehren können. Ob er nicht gut markieren könne, ihn müsse doch jeder Mensch für verrückt halten.

Wenngleich der Angeklagte als Psychopath aufgefasst werden musste, stand die Hysterie, die man ihm zuerkannt hatte, wieder auf ziemlich schwachen Füßen und die Taten, die er begangen hatte, konnten in keinen inneren Zusammenhang mit der Hysterie gebracht werden.

An seinem Geständnis hielt er später immer auch in abgeschwächter Form fest und liess in seinem Wesen nichts mehr erkennen, was an sein Theaterspiel während der Beobachtung erinnert hätte.

Abgesehen von der kritischen Prüfung, die derartige Geständnisse an Kameraden an und für sich erfordern, scheinen sie gegen eine zielbewusste Simulation zu sprechen, weil sie den Erfolg der Vortäuschungsbestrebungen ohne weiteres in Frage stellen können. Das gilt in gleichem Masse von der auch sonst so oft geübten Praxis der Simulanten, es nicht für der Mühe wert zu erachten, an ihrer Komödie festzuhalten, wenn der Arzt nicht zugegen ist.

Das liegt zum Teil daran, dass sie der Meinung sind, dass ihre Kameraden und das Personal unbedingt auf ihrer Seite stehen müssten. Dazu kommt sehr oft bei ihnen die selbstzufriedene Renommiersucht, die es nicht duldet, dass sie über ihre Leistungen den Mund halten.

Im Grunde genommen kommt aber hier in erster Linie die allgemeine minderwertige Veranlagung zum Ausdruck, die ihnen die nötige Konsequenz zur lückenlosen Durchführung ihrer Bestrebungen versagt.

Wie in manchen anderen der hier beigebrachten Fälle hat auch Na. den Ganser'schen Symptomenkomplex, — oder richtiger gesagt, — einen Ersatz dafür vorgeführt. Wie der hysterische Stupor Raecke's¹⁾ und die emotive Stupidität Jung's²⁾ stellt er ein Gebiet dar, auf dem die Begutachtung immer am ersten Bedenken tragen wird, eine scharfe Grenze zwischen Simulation und Geisteskrankheit zu ziehen.

1) Raecke, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58. S. 115. — Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Ebendas. Bd. 58. S. 445.

2) Jung, Ueber Simulation von Geistesstörung. Journ. f. Psych. u. Neurologie. 1903.

Auch nachdem nach dem Vorgange von Stertz dem Krankheitsbilde der Name der hysterischen Pseudodemenz beigelegt wird, ist die am meisten in die Augen fallende Erscheinung die, dass die Kranken bei allen Anforderungen, die an ihre geistige Leistungsfähigkeit gestellt werden, einen so gut wie vollkommenen Ausfall aller Kenntnisse darbieten, die sie bald in der zweifelnden und fragenden Form einer noch richtigen Antwort, bald durch die Antwort „ich weiss nicht“, oder in der typischen Ausdrucksweise des Vorbeiredens zum Besten geben. Man hat dies Symptom jetzt im wesentlichen der Hysterie zuerkannt, obgleich es gelegentlich, wenn auch in gröberen Umrissen bei manchen Formen der Dementia praecox beobachtet wird.

Bei aller Wertschätzung dieser Krankheitserscheinung hat man nie ganz vergessen, dass es früher als eines der sichersten Zeichen der Simulation gegolten hat.

Schon zu der Zeit, in der Ganser auf diese Erscheinung aufmerksam machte, war es angefallen, dass es sich bei den von ihm beobachteten Fällen nur um verbrecherische Persönlichkeiten handelte. Auch in der Folgezeit ist das Symptom im wesentlichen bei Straf- und Untersuchungsgefangenen beobachtet worden. Auch die Fälle, in denen es bei Unfallskranken in die Erscheinung trat, können von vornherein den Gedanken an eine Vortäuschung nicht verscheuchen. Denn auch hier ist das Ziel, das durch eine solche Vorführung erstrebt werden soll, deutlich erkennbar. Nun sind ja auch Fälle beobachtet worden — und sie stehen auch mir zur Verfügung, — in denen irgend ein derartiger Zweck einer etwaigen Vorführung nicht erkennbar ist. Aber von allen Seiten wird anerkannt, dass derartige Fälle äusserst selten sind und nur Ausnahmen darstellen.

Und wenn wir jetzt diese Erscheinungen bei Kriegsteilnehmern beobachten, die schwere Kriegserlebnisse durchgemacht haben, bei denen irgend welche kriminelle Gesichtspunkte nicht erkennbar sind, so darf doch nicht vergessen werden, dass bei ihnen im Unterbewusstsein der Wunsch und das Bestreben schlummert, der Wiederholung derartiger Anfechtungen zu entrinnen. Gerade diese Fälle sind am meisten geeignet, den Uebergang zwischen der bewussten und unbewussten Vorführung dieser Erscheinungen zu vermitteln, wie diese Zustände auch in anderer Beziehung manche Aehnlichkeiten mit haftspsychotischen Erscheinungen erkennen lassen.

Auch wir haben unter unserem militärischen Material eine recht beträchtliche Menge ganserähnlicher Zustände gesehen. Aber auch hier waren die Fälle, die gänzlich aus dem kriminellen Bereiche herausfielen, ausserordentlich selten.

So wird man auch jetzt an den immer wieder ausgesprochenen Mahnungen zur Vorsicht in der Wertung dieses Symptoms festhalten müssen.

So wies Klein¹⁾ auf die Bedeutung des Symptomenkomplexes hin und Jansky²⁾ liess sich trotz des Auftretens dieser Erscheinungen nicht abhalten zur Diagnose der Simulation zu kommen. Henneberg hielt trotz der Tatsache, dass die Antworten bei Simulation sich inhaltlich nicht von den Antworten bei hochgradiger hysterischer Zerstreuung und in manchen Fällen vom Dämmerzustand unterschieden, daran fest, dass das bewusste Vorbeireden nicht als Ganser'sches Symptom bezeichnet werden dürfe. Régis³⁾ betonte, dass das Vorbeireden doch noch nicht aufgehört habe, ein Merkmal der absichtlichen Simulation zu sein, und brachte einen Fall bei, in dem der Betreffende selbst eingestand, das Vorbeireden simuliert zu haben. Besondere Vorsicht bei der Verwertung dieses Symptomes riet er besonders für Militärpersonen an, bei denen er Simulationsversuche als relativ häufig bezeichnete. Bonhöffer⁴⁾ hob hervor, dass bei der Mehrzahl der Fälle von hysterischem Scheinblödsinn zum mindesten im Beginn eine bewusste Absicht, Gedächtnisschwäche, bezw. Geisteskrankheit darzustellen, vorliege. Dafür spreche die zunehmende Häufigkeit dieser Zustände im letzten Jahrzehnt bei Rentenneurotikern und neuerdings bei Heeresangehörigen. Ein grosser Teil hierher gehöriger Fälle gehe unter Fehldiagnosen und werde durch Festnehmen seitens der Aerzte fixiert. In der Klinik gelinge es meist innerhalb weniger Tage, durch Ignorieren, Betonung der Unerheblichkeit und Verlegen auf die unruhige Station, den Komplex zu beseitigen.

Wenn wir dem Ganser'schen Symptom in forensischer Beziehung die gebührende Bedeutung zukommen lassen wollen, sind wir jedenfalls gezwungen, unter allen Umständen vorher den Nachweis zu erbringen, dass tatsächlich eine Hysterie vorliegt (abgesehen von den selteneren Fällen, deren Zugehörigkeit zu einem katatonischen Krankheitsbild sich unschwer nachweisen lässt). Jedenfalls dürfen wir uns nicht bewegen lassen, nur aus dem Vorhandensein dieses Symptomenbildes rück-

1) Klein, Ueber psychische Störungen in der Untersuchungshaft. Zeitschrift f. Medizinalbeamte. 1917. Nr. 13 u. 14.

2) Jansky, Simulation der Geisteskrankheit bei einem Mörder. Casopis. ceskyou lék. 1917. Bd. 56. S. 43.

3) Régis, Simulation de la folie et syndrome de Ganser. Revue de méd. légale. 1912. 19. S. 226.

4) Bonhöffer, Diskussion über den Henneberg'schen Vortrag l. c. S. 1017.

schliessend die Diagnose auf Hysterie zu stellen, wie wir das wiederholt erlebt haben.

Es ist ja nicht von der Hand zu weisen, dass auch Hysteriker gelegentlich einmal bewusst dies Symptom benutzen, um einen forensischen Vorteil zu erringen. Wird das Vorbeireden hier aber in einwandfreier Weise vorgeführt, dann wird man kaum eine Handhabe haben, auch den stärksten Verdacht auf Simulation zum Ausdruck zu bringen.

Dass das Vorbeireden vorgetäuscht werden kann, ist durch eine genügende Zahl von Fällen, die ein Geständnis abgelegt haben, bewiesen worden. In gröberen Umrissen ist es auch gar nicht so schwer vorzuführen. Schon Henneberg machte darauf aufmerksam, dass man ein typisches Vorbeireden auch von Vollsinnigen sehr leicht dadurch erhalten kann, dass man sie aufforderte, sich geisteskrank zu stellen, auch wenn die Versuchspersonen nichts von psychischen Krankheitsbildern wussten.

Der Ausfall der landläufigen Kenntnisse geht eben aus der Annahme des Laien hervor, dass die Geisteskrankheit im wesentlichen in einer allgemeinen Verblödung und dem Schwinden des gewöhnlichsten geistigen Besitzstandes gipfele.

Zur Entscheidung ist zunächst die möglichst scharfe Fassung des Vorbeiredens in engerem Sinne erforderlich.

Man darf nicht [Schuppius¹⁾] alle groben Fehlantworten, alle unsinnigen Reaktionen auf die gestellten Fragen als Vorbeireden bezeichnen.

Es ist gerade für das Ganser'sche Vorbeireden bezeichnend, dass sich immer ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen der richtigen und der falschen Antwort herstellen lässt, auch wenn man manchmal etwas Mühe hat, die Gedankensprünge und die ausgefallenen Gedankenglieder nachzuweisen.

Nimmt man eine genauere Analyse der Antworten vor, dann wird man schon eher zu der Annahme kommen, ob eine Simulation vorliegt oder nicht. Selbst wenn man damit rechnet, dass unsere Beobachtungskranken sich bemühen, sich in der Krankheit, die sie vorführen wollen, auszubilden, und auch im gewissen Masse Gelegenheit dazu haben, ist es kaum anzunehmen, dass sie den Feinheiten dieses Reaktionstypus auf die Spur kommen werden.

Selbstverständlich schwinden alle Bedenken sofort, wenn es gelingt, eine Störung des Bewusstseins und damit den Zusammenhang des Vor-

¹⁾ Schuppius, Das Symptomenbild der Pseudodemenz und seine Bedeutung für die Begutachtungspraxis. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914. Bd. 22. S. 566.

beiredens mit einem Dämmerzustand festzustellen. Nur darf dabei nicht vergessen werden, dass gerade unsere Beobachtungskranken, die sich bemühen, diesen Typus vorzuführen, die Neigung haben, sich im allgemeinen dämlich und dösig hinzustellen, ohne dass eine tatsächliche Bewusstseinsstörung vorliegt. Das Verhalten der Umgebung gegenüber schafft hier meist Aufklärung.

Dass man das Symptom nicht durch die Art der Fragestellung direkt hervorrufen darf, wie das ja unschwer zu erreichen ist, ist selbstverständlich. Wie Schuppius richtig hervorhebt, ist bei Simulanten eine grössere Mannigfaltigkeit bei den Antworten zu erwarten, während man bei den unverfälschten Fällen immer eine gewisse Eintönigkeit in der Art der Antworten beobachtet.

Einen Anhaltspunkt für die Beurteilung haben wir auch in der Dauer dieser Zustände. Handelt es sich nicht um einen hysterischen Dämmerzustand, dann wird das plötzliche Verschwinden des Symptoms, vor allem, wenn es im Anschluss an eine geeignete suggestive Einwirkung auf die Beobachtungskranken, doch mit diesem Verhalten aufzuhören, erfolgt, die Annahme nahelegen, dass es sich um kein echtes Symptom gehandelt hat. Die Fälle, in denen dies Symptom unabhängig von einer Bewusstseinsstörung lange Zeit durchgeführt wird, sind entschieden Ausnahmen. Mehrfach hatten wir hier Gelegenheit zu beobachten, dass es bei einer zweiten Beobachtung gar nicht mehr vorgeführt wurde, nachdem es bei der ersten Begutachtung nicht anerkannt worden war.

Schliesslich sind wir noch in der Lage, durch den Nachweis der objektiven Merkmale der Hysterie die Diagnose zu stützen, in erster Linie der Gefühlsstörungen und der Gesichtsfeldeinengung. Wir dürfen aber auch hier nicht vergessen, dass man gerade bei diesem Reaktionstypus die Frage nach der Simulation dieser anscheinend rein objektiven Symptome nicht ganz ausschalten darf. Wie unsere Simulanten hier die psychischen Krankheitssymptome zu ihren Gunsten zu gestalten suchen, schaffen sie sich im Notfalle dazu auch noch die somatische Unterlage. Man braucht dabei gar nicht zu verlangen, dass sie über die Bedeutung dieser Befunde unterrichtet sein sollen, obgleich nach unseren Erfahrungen auf diesem Gebiete mehr geleistet wird, als für die Beurteilung gerade angenehm ist. Da sie hier auch sonst das Gegenteil von dem tun, was der vernünftige Mensch in solchem Augenblicke zu tun pflegt, so kann es ihnen nicht schwer fallen, auch bei der körperlichen Untersuchung die entsprechende Nutzenanwendung zu finden. Die Benutzung der komplizierten Untersuchungsmethoden ist hier unbedingt erforderlich.

In den meisten Fällen wird es möglich sein, abgesehen von dem Ganser'schen Symptom durch sonstige unanfechtbare Krankheitsercheinungen die Diagnose sicher zu stellen. Bei einer längeren Beobachtung fallen die Simulanten auch fast ausnahmslos aus der Rolle. Und schliesslich genügen die Erfahrungen, die man im Laufe der Zeit sammelt, um auch dem subjektiven Momente bei der Beurteilung dieser Zustände zu seinem Recht zu verhelfen.

In forensischer Beziehung hat die in mancher Beziehung mit der Hysterie so nahe verwandte Neurasthenie verhältnismässig selten zu weitgehenden Erörterungen Anlass gegeben.

Dass der Neurasthenie bei einem sehr erheblichen Teile unserer militärischen Klientel eine nicht geringe Bedeutung zukommt, hat sich im weiteren Verlaufe des Krieges immer mehr herausgestellt. Sie ist allmählich etwas so alltägliches geworden, dass sie gar nicht mehr auffällt. Da ihr der Richter von vornherein nur die Bedeutung einer Nervenkrankheit zuerkennt, die keine Grundlage für den § 51 abgeben kann, führt sie aus demselben Grunde nicht zur Beobachtung, aus dem der Verteidiger sich nicht auf diesen Paragraphen beruft. Die Angeklagten selbst führen ja nun ziemlich regelmässig subjektive Klagen neurasthenischer Natur ins Feld und tragen hierbei auch gerne die grellen Farben auf, die nun einmal zum Wesen der Neurasthenie gehören. Wenn sie aber in sich die Regungen fühlen, sich durch Uebertreibung oder Vortäuschung den Schutz des § 51 zu erwirken, erklären sie sich lieber für eine handlichere Geisteskrankheit, weil es auch ihnen nicht verborgen bleibt, dass sie allein mit einer solchen Nervenkrankheit kein Glück haben. Nur die Dämmerzustände, die auf einer solchen Grundlage erwachsen, könnten für diesen Zweck genügen und werden auch gelegentlich nach dieser Richtung hin ausgebeutet.

Damit soll nun nicht gesagt sein, dass nicht auch das Bestreben vorliegen kann, diese Beschwerden in der ausgesprochenen Absicht zu übertreiben, sich damit dem Militärdienste zu entziehen und dass hierdurch der Simulationsparagraph des Militärstrafgesetzbuches erfüllt wird.

Aber wie die Berufsgenossenschaften nur ganz ausnahmsweise gegen die Vertreter derartiger Simulationsbestrebungen auf gerichtlichem Wege vorgehen, kommt es in militärischer Beziehung nur sehr selten zur Anklage.

Die Neigung zur übertrieben starken Betonung der subjektiven Beschwerden, ja gelegentlich sogar die allzuscharfe Ausprägung oder Vortäuschung der objektiv nachweisbaren Beschwerden gehört nun einmal zu den kennzeichnenden Erscheinungen der Neurasthenie. Obgleich von diesen Bestrebungen zur bewussten Simulation eine Brücke herüber-

führt, ist es hier fast ebenso schwer wie bei der Hysterie und meist gar nicht möglich, die Grenze zwischen bewusster und unbewusster Uebertreibung zu ziehen.

Man wird auch hier Bedenken tragen, selbst in Fällen, in denen man die Ueberzeugung gewonnen hat, dass Uebertreibung im Spiele ist, die entsprechenden forensischen Schlussfolgerungen daraus ziehen.

Man muss ja den Trägern dieser Form der Neurasthenie stets zu gute halten, dass sie ihre subjektiven Beschwerden tiefer empfinden, als das aus ihrer objektiven Leistungsfähigkeit hervorzugehen scheint. Dazu stellen sich diese verschärften subjektiven Beschwerden in der Regel am stärksten bei Persönlichkeiten ein, die schon in der Anlage besonders empfindsam und wenig widerstandsfähig sind und bei denen eine gewisse allgemeine Minderwertigkeit die Willenskraft in fühlbarem Masse schwächt. Gerade die angeborene Schläffheit und Energielosigkeit, die durch die erlittenen Schädigungen des Krieges eine Vertiefung erfahren, erleichtert das Aufwuchern der Bestrebungen, die vorhandenen Beschwerden in ungebührlicher Weise aufzubauschen. Die allgemeine Missstimmung, die dumpfe Unlust, die durch das Gefühl der Leistungsunfähigkeit hervorgerufen wird, ist nur zu sehr dazu angetan, sie in dieser Neigung noch mehr zu bestärken.

Wenn man hierbei auch besondere Vorsicht gelten lassen muss, hat man doch einen gewissen Anhalt am körperlichen Befunde, der einen objektiven Massstab dafür abgeben kann, dass tatsächlich eine schwere Schädigung des Nervensystems vorliegt¹⁾. Ausschlaggebend für die forensische Wertung können diese objektiven Symptome allerdings auch nicht sein. Mit der Möglichkeit, dass derartige unzweifelhafte Neurastheniker gelegentlich auch anscheinend der Simulation nicht erreichbare Symptome vorzutäuschen wissen, muss gerechnet werden. Darauf weist unter anderem sehr eindrucksvoll Szedlack²⁾ hin, der sogar über einen intelligenten Kranken berichtet, der, an Lues leidend, Gehirnsyphilis simulieren wollte und durch Einträufeln von Atropin die Lichtstarre der Pupillen herbeiführte.

Fall 10. Pionier Alfons Zo., Kaufmann, 36 Jahre. Als Kind Kopfschmerzen. Sonst gesund. Mit 5 Jahren wurde er von seinem Bruder mit dem Kopfe gegen eine Tischecke gestossen. Zeitweise stärkerer Potus, konnte viel vertragen. Starker Raucher. Auf der Schule lernte er sehr gut. Später einige

1) Ruhemann, Ueber einige bei Neurosen vorkommende Simulation und Uebertreibung ausschliessende Symptome. Zeitschr. f. psych.-diät. Therapie. 1917.

2) Szedlack, Simulierung und Aggravation nervöser Krankheiten während des Militärdienstes. Budapesti Orvosi Ujsag. 1916. Nr. 22.

Jahre auf einem Lehrerseminar. Die Examina bestand er glänzend. Zuletzt Referendar.

Im Oktober 1905 trat er im Eisenbahnregiment in Berlin-Schöneberg ein. Im Januar 1906 entwich er vom Eisenbahnregiment Berlin, weil seine Braut von ihm in anderen Umständen war. Er blieb in der Schweiz bis 1915. Hier zeitweise wegen Nervenerscheinungen in Behandlung. Angeblich wegen einer Sehstörung in einer Privaklinik, sah Schlangen und glaubte sich von ihnen erwürgt. Nach seiner Schilderung war er in der Schweizer Zeit immer nervös. Stets will er eine Neigung zur Ortsveränderung gehabt haben und vom Hause einmal fortgelaufen sein.

Bei Kriegsausbruch begann er, „da er sich doch gerne patriotisch betätigen wollte“, einen schwunghaften Lebensmittelhandel von der Schweiz nach Deutschland. In Wien verhaftet, wurde er ausgeliefert. Hier Verurteilung zu 2 Jahren Gefängnis („weil er aus dem Wege geräumt werden sollte, da er eine grosse Erfindung gemacht hatte, deren Ertrag man ihm nicht gönnte“). Seine Strafe machte er in Ragnit ab. Ein Rest wurde ihm geschenkt, „weil er sein Vergehen durch Tapferkeit vor dem Feinde wieder gut machen wollte“. Obgleich er im Gefängnis noch Nervenbeschwerden gehabt hatte, sollte er sofort wieder Dienst tun und wurde für transportfähig für das Feld erklärt.

„Er war seelisch gebrochen und fühlte sich gehetzt wie ein Hund“. Um sich zu kräftigen, ging er in eine Wirtschaft. Auf dem Heimwege brach er bewusstlos zusammen. Als er zu sich kam, ging er zur Kaserne, die er verschlossen fand. Da er sich nicht hineintraute, trank er in einem Restaurant eine Flasche Wein und verbrachte mit einem Mädchen die Nacht. Da er sich nicht wohl fühlte, brachte diese ihn zu einer „Legationsrätin“, die ihm eine Flasche Morphinum mitgab, die sie aus einer sehr grossen Flasche abzapfte. Sie lehrte ihn, wie man sich das Morphinum einspritzen musste, immer senkrecht sich hinein bis in die Schlagader, immer 1—2 Strich. Da er sich matt und zerschlagen fühlte, mietete er sich zwei Wohnungen.

Hier nannte er sich Dr. R., liess sich Visitenkarten machen und wandte sich nun an alle möglichen Firmen, indem er ihnen Bohnen, Erbsen und Kakao in grossen Mengen anbot. Er wollte sie aus einem Geschäft in Holland, auf dessen Namen er später nie kommen konnte, eingekauft haben. Er verhandelte mit allen möglichen Geschäftsvertretern in der umsichtigsten Weise und schloss mit ihnen Kaufverträge ab. Zum Beweise dafür, dass die Waren sich in Lehrte auf der Bahn befänden, zeigte er gefälschte Frachtbriefduplikate vor. Die Stempel zu diesen Frachtbriefen hatte er sich in mehreren Rahmen anfertigen lassen. Diese Geschäfte, bei denen er auf die Beteiligten einen äusserst geschäftsgewandten und zielbewussten Eindruck machte, spielten sich in einem Zeitraume von 14 Tagen ab.

Er behauptete nun später, in der ganzen Zeit habe er immer unter dem Einflusse des Morphinums gehandelt. Nach den Einspritzungen sei ihm so gewesen, als ob er schwebe. Er sei nur so mit fortgerissen worden. Wenn er eingespritzt hatte, wurde er in seinen Geschäften geradezu zur Begeisterung hingerissen. Am Abend wusste er denn meist gar nicht, was er getan hatte.

Seine Schwägerin habe ihm gesagt, dass er oft ganz unzutreffende Antworten gegeben habe.

Schliesslich, als er übersehen konnte, welche Geschäfte ihm geglückt waren, hob er in der Bank ungefähr 70000 M. ab, die von den betreffenden Firmen niedergelegt gewesen waren. Die Unterschrift unter den Verträgen hatte er am letzten Tage erst vollzogen.

Am Abend vorher hatte er noch ziemlich erheblich gezecht. Er hatte dabei aber durchaus die Direktion behalten und eine genaue Erinnerung bewahrt. Gegen Mittag vollzog er die Unterschriften und hob das Geld ab.

Dann fuhr er nach Stuttgart und hielt sich dort längere Zeit auf, indem er mehrere Mal den Versuch machte, eine sichere Unterkunft zu bekommen, und einmal eine Entweichung nach der Schweiz vorbereitete.

Am 22. 8. 1917 wurde er verhaftet und häufig vernommen, wobei er sich äusserst zielbewusst und in allen Dingen beschlagen erwies. Er wurde nach Berlin überführt und dort, weil ein alter Tripper wieder ausgebrochen war, in ein Lazarett überführt.

Am 2. 10. entwich er von dort. Angeblich hatte man ihn als grossen Schieber zu allen möglichen bösen Zwecken ausnützen wollen. Infolgedessen habe er sich wenig heimisch gefühlt. Das habe ihn in namenlose Aufregung versetzt, die anderen hätten das benutzt und ihn bei dem ersten Ausbruche mit genommen. Tatsächlich hatte er einen anderen kriminellen Kranken bewogen, mit ihm auszubrechen. In Berlin hielt er sich längere Zeit auf, liess sich eine Offiziersuniform anfertigen, lebte recht gut und bereitete andere Unternehmungen vor.

Später behauptete er, er habe in dieser Zeit ganz plan- und ziellos gelebt. Er habe versucht, unter einem anderen Namen in das Sennelager zu kommen, um seinen heissesten Wunsch, für das Vaterland zu kämpfen, zur Tat werden zu lassen.

Am 13. 1. wurde er verhaftet und am 25. 6. nach Hannover überführt, nachdem es ihm in der Untersuchungshaft sehr gut ergangen war.

Die Transporteure hätten ihn sehr schlecht behandelt. Er habe sehr trübe in die Zukunft gesehen. So sei er aus dem schnellfahrenden D-Zuge gesprungen. Tatsächlich hatte er, indem er das Klosett benutzte, seine Begleiter getäuscht, war in das Nebenabteil gezogen und hatte, vor dem Herauspringen noch längere Zeit gezögert, ehe er lossprang.

Nach seinen späteren Angaben war er einen Augenblick betäubt, stand auf, fiel aber hin und wurde in den Zug zurückgeführt.

Am 7. 7. liess er sich in der Arrestanstalt, nachdem er vorher gar nicht aufgefallen war, vorführen und erklärte, er habe auf dem Kopfe einen schweren Bleiklumpen, Schmerzen im Arme und ständiges Rauschen im Kopfe. Er wisse auch nicht, weshalb er da sei. Als ihm erklärt wurde, dass er der Fahnenflucht beschuldigt werde, erklärte er, es sei richtig, dass er sich im Jahre 1906 vom Eisenbahnregiment entfernt habe. Er sei nicht zu seiner Truppe zurückgekehrt und habe sich in der Schweiz aufgehalten. Wie er wieder nach Deutschland gekommen sei, wisse er nicht. Von seinen ganzen Taten wollte

er nichts wissen. Er verlangte beständig, man solle ihm den Arm abschneiden und ihm einen halben Zentner Blei aus dem Kopfe nehmen.

Später erklärte er dem Gerichtsoffizier, selbstredend gebe er zu, vor acht Jahren fahnenflüchtig geworden zu sein, aber deshalb nehme ihn doch die Schweiz. Wie komme er also nach Deutschland?

Da er beim Eisenbahnregiment in Schöneberg aktiv gewesen und weil Berlin der Ort der Tat gewesen sei, müsse die Sache vor einem Berliner Kriegsgericht verhandelt werden. Ausserdem bitte er um einen Arzt, der ihm den Bleiklumpen, der doch mindestens $\frac{1}{2}$ Zentner wiege, aus dem Kopfe nehme. Der linke Arm müsse ihm weggeschnitten werden, da er ihm so schrecklich wehe tue.

Ähnlich schrieb er am 14. 7. in einem Briefe an seine Frau, sie möge ihm ordentlich Essen schicken und ihn in Bern abmelden. Dabei teilte er ihr die genaue Adresse seines Verteidigers mit. Immer wieder sprach er von seiner Fahnenflucht, die vor acht Jahren erfolgt sei. Neben nervösen Beschwerden klagte er über absolutes Fehlen des Erinnerungsvermögens, wie er von Bern nach Hannover gekommen sei. Seiner Frau suggerierte er die Antworten auf alle möglichen Fragen nach seinen früheren Nervenerkrankungen und den behandelnden Aerzten. In anderen Briefen behauptet er, er könne nicht mehr lesen, alles sei durch die grosse Bleiplatte verdunkelt, die auf seinem Haupte laste. Man wolle ihm einreden, er sei aus dem Zuge gesprungen. Das glaube er aber nicht, denn dann wäre er unfehlbar tot. Man habe gesagt, er habe davon eine Hirnerschütterung bekommen, das glaube er nicht, man habe ihn jedenfalls fallen lassen, als man ihn verschleppt habe. Seine Frau solle ihm doch nicht schreiben, dass es keinen Tee, Kaffee, Kakao gebe. Ob sie nicht mehr rechnen könne. Sein Sohn solle 9 Jahre alt sein, der sei doch erst 6 Jahre alt.

Zwischendurch machte er ganz geordnete Eingaben an das Kriegsgericht.

Als er in eine dunkle Arrestzelle eingesperrt wurde, erhob er Beschwerde. Noch nie in seinem Leben sei er ausgebrochen, auch nie eingesperrt gewesen, nur 1906 in Berlin, ehe er die Fahnenflucht beging. Auch müsse er betonen, dass er Neurastheniker sei, wenn er das auch nur ungern sage. Die Zustellungsurkunde wies er zurück, dass müsse wohl ein anderer sein, er habe doch beim Eisenbahnregiment gedient und nicht bei den Pionieren.

Am 8. 8. 1917 wurde er militärärztlich untersucht. Er behauptete, jetzt sei 1914. Vom Kriege wollte er nichts wissen. Jetzt sei doch gerade der Balkankrieg geführt worden. Wie er nach Hannover gekommen sei, wisse er nicht. Er habe in Bern gewohnt. als er eines Morgens aufwachte, habe er in der Arrestzelle gelegen, Man habe ihm dort eine fremde Uniform hingelegt. Ueber seine sonstige Vorgeschichte machte er sehr genaue Angaben und hob alles hervor, was ihn als krank erscheinen lassen konnte.

Jetzt habe er das Gefühl, dass ein schwerer Bleiklumpen auf seinem Kopfe liege. Er müsse annehmen, dass einer ihm diesen auf den Kopf geworfen habe. Er sei jedenfalls, als man ihn aus der Schweiz holte, an der Grenze

aus dem Zuge herausgeworfen worden, dabei habe man diesen Klumpen auf ihn gestürzt. Jetzt wolle man ihn umbringen und der Arzt habe schon Blausäure in seinen Kaffee getan.

Fasst gut auf. Wird nicht abgelenkt. Fliessender Gedankengang. Lächelt häufig listig.

Er wurde als neuropathische Persönlichkeit und Simulant bezeichnet.

Am 12. Januar schreibt er dann, er wisse jetzt wieder, was passiert sei, aber lediglich dadurch, dass er seine Erinnerung aus einer Anzahl Notizen, Tagebuchaufzeichnungen, Briefen und Briefkopien rekonstruiert habe. Aus diesen gehe hervor, dass er zur Zeit der Tat schwer verwirrt gewesen sei. Seine Erinnerung fängt dementsprechend damit an, dass er alles das, was als krankhaft erscheinen könnte, mit ganz genauer Zeit und Ortsbezeichnung bis in die feinsten Einzelheiten vorbringt.

Von da an sind seine Eingaben vollkommen sachgemäss und in den Vernehmungen weiss er glänzend Bescheid.

Anstaltsbeobachtung. Die Ereignisse, die sich mit seinem Abspringen aus dem Zuge abgespielt hatten, könne er nur nach Notizen schildern, die er sich in der Haft gemacht habe. Was vorher geschehen sei, sei ihm gänzlich aus der Erinnerung geschwunden gewesen. Er habe sich immer in der Zeit gewähnt, in der noch in der Schweiz gewesen sei. Später sei alles in seine Erinnerung zurückgekehrt, aber lediglich an der Hand der Notizen, die er sich in der ganzen Zeit gemacht habe. In der Zeit seiner Erinnerungslosigkeit sei er nie vernommen worden. Als dann die Novemberstürme gekommen seien, sei plötzlich der ganze Druck von seinem Gehirne fortgenommen worden. In der Zeit vorher habe er auch noch an Sehstörungen gelitten, die aber nie behandelt worden seien. Jetzt halte er sich für gesund. Eine krankhafte Aenderung seines Geisteszustandes nehme er vom Januar 1916 an, da seien ihm die Schmerzen strahlenförmig durch den Kopf geschossen.

In dieser Zeit sei sein ganzes moralisches Rechtsbewusstsein getötet und er habe Taten gebilligt, die er früher verabscheut habe. Seitdem habe er ein somerzhaftes Zucken durch den Körper gehabt, wie eine Angst und er habe sich abgehetzt gefühlt.

Als er dann das Morphinum eingesetzt habe, habe er sich geradezu in einem hypnotischen Schwächezustand befunden. Da habe er sich eingebildet, er könne viel Geld bekommen, wenn er sich nur den dazu gehörigen Frachtbrief verschaffe.

Im Gefängnisse wieder sei er durch die Einwirkung seiner Mitgefangenen nervös überreizt worden, was schon daraus hervorgehe, dass er sich mit den minderwertigsten Leuten eingelassen habe. Es sei ihm schwer, diesen Zustand zu schildern, er sei völlig geistig und körperlich ruiniert gewesen.

Nach seiner Entweichung aus dem Lazarett habe er vollständig unter dem Einflusse seines Mittäters gestanden. Auf der Fahrt nach Hannover sei er durch eine tiefe Melancholie in den Selbstmord hineingejagt worden. Die angebliche Simulation habe doch gar keinen Zweck gehabt, denn sie falle nicht in die Zeit der strafbaren Handlungen.

Während der Beobachtung war die Stimmung immer sehr gut. Stets unterhielt er sich mit den Wärtern vergnügt und angeregt. In seinem ganzen Wesen hatte er etwas Einschmeichelndes und Gewinnendes. In jeder Beziehung erwies er sich als ein hochintelligenter Mensch.

In der Haupt- und Berufsverhandlung, die sehr lange dauerten, beherrschte er bis zum Schlusse ohne jede Ermüdung die Sachlage. Die lange Untersuchungshaft hatte er ohne Zwischenfall überstanden.

Zo., der als ein äusserst intelligenter und gerissener Mensch bezeichnet werden musste, auch wenn man ihm die psychopathische Grundlage nicht zu versagen brauchte und auch eine Neurasthenie mittleren Grades zuerkennen durfte, hat auf die mannigfachste Art und Weise seine Zurechnungsfähigkeit zu schmälern versucht. Er beruft sich auf unbestimmte Verfolgungsideen, unter deren Einflüsse er gestanden haben will, er will dem dämonisch suggestiven Einflüsse eines Spiessgesellen erlegen sein, seine eine Fabnenflucht schiebt er einem Dämmerzustande zu, der sich an eine Ohnmacht angeschlossen haben soll, und die bedeutungsvolle Unterschrift will er in einem pathologischen Rauschzustande vollzogen haben, obgleich die Alkoholvergiftung am Abend vorher stattgefunden hatte.

Für die vorausgehenden Straftaten, die als der Ausfluss einer ausserordentlich umsichtigen und berechnenden Tatkraft erscheinen, beruft er, der offenbar nie eine Morphiumeinspritzung kennen gelernt hatte, sich auf höchst kuriose Morphiumeinwirkungen, die ihn zum willenlosen Werkzeuge unbestimmter Mächte machten, nachdem schon vorher durch die widrigen Einflüsse der Haft und des Militarismus seine sonst so herrliche Moral gebrochen worden war.

Es ist für einen Mann, der in einem gerichtlichen Verfahren seine Unzurechnungsfähigkeit erweisen will, nicht sehr vorteilhaft, wenn er für diesen Zweck zu viele Eisen im Feuer hat. Und so musste Zo. es sich gefallen lassen, dass man auch dem eigenartigen Folgezustand des Eisenbahnunfalles nicht die gewünschte Anerkennung schenkte. An und für sich hätte der Unfall ja zweifellos eine schwere nervöse und psychische Schädigung im Gefolge haben können. Aber das Verhalten unmittelbar nach dem Sturze, für das er eine ganz genaue Erinnerung hatte, stimmte dazu ebensowenig, wie die Tatsache, dass schliesslich alle objektiv nachweisbaren Folgen des Traumas vermisst wurden und dass er über eine glänzende Intelligenz, ein geradezu phänomenales Gedächtnis, eine beneidenswert geistige Elastizität und eine ausserordentliche Leistungsfähigkeit verfügte, trotz aller Wechselfälle, die er in den letzten Jahren erlebt hatte, trotz der langen Haft und der schlechten Ernährung und trotz der riesigen Ansprüche, die an seine Erfindungs- und Gestaltungskraft gestellt wurden.

Auch wenn man dem Unfall die Kraft gönnte, eine retrograde Amnesie zu schaffen, — man konnte Zo. nicht glauben, dass drei Jahre Lebens vollkommen aus seiner Erinnerung herausgeschnitten sein sollten, dass diese mystische Amnesie 6 Monate lang anhielt, obgleich alles geschah, um ihn wieder zu orientieren und dass sich dann eines schönen Tages die Erinnerung bis auf die fernsten Einzelheiten wieder einstellte. Und das nur dadurch, dass er sie aus alten Notizen, die er sich für die kritische Zeit der angeblichen Geistesstörung gemacht haben wollte, rekonstruierte. Zu beachten sind vor allem auch die Briefe, die er in dieser Zeit an seine Frau schrieb und durch die er ihr soufflierte, wie sie ihm in ihren Antworten eine brauchbare Vorgeschichte zugute kommen lassen könne.

Und damit wären wir bei dem Kapitel der Dämmerzustände angelangt, die in der forensischen Psychiatrie dieses Krieges sich ein geradezu unheimliches Hausrecht erworben haben.

Es unterliegt ja keinem Zweifel, dass wir es jetzt mit einem wesentlich anderen Menschenmaterial zu tun haben, als mit den Verbrechern der Friedenszeit. Es steht auch ebenso fest, dass bei den vielen gewaltigen Kriegshandlungen ganz andere Gelegenheiten zur Auslösung von Bewusstseinsstörungen und triebhaften Handlungen der verschiedensten Art gegeben sind. Eine Zunahme der kriminellen Handlungen, die aus diesem Quell schöpfen, liegt auch deshalb auf der Hand, weil diese psychogenen Reaktionen [Bunse¹⁾] mit einer gewissen Notwendigkeit zu Verstößen gegen die militärische Ordnung führen müssen.

Das galt vor allem von den militärischen Delikten, die unser tägliches forensisches Brot bilden, von der unerlaubten Entfernung und der Fahnenflucht, von tätlichen Angriffen gegen den Vorgesetzten, der Achtungsverletzung und der Gehorsamsverweigerung. Sie alle haben eine gewisse Anwartschaft darauf, im Dunkel eines Dämmerzustandes unter gegebenen Umständen ihre Deutung zu finden. Es kann aber gar nicht geleugnet werden, dass sie von diesem Rechte in einer Weise Gebrauch machen, die alles Schickliche weit übersteigt.

Schon bei einer früheren forensischen Studie über Marineangehörige musste ich feststellen²⁾, dass die Dämmerzustände sich in weitgehendstem Masse bei allen denen Geltung erkämpft haben, denen ihre Kenntnis

1) Bunse, Die reaktiven Dämmerzustände und verwandte Störungen in ihrer Bedeutung als Kriegspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. XI. 1918. H. 4 u. 5.

2) Mönkemöller, Zur forensischen Beurteilung Marineangehöriger. Arch. f. Psych. Bd. 46. H. 1 u. 2. S. 99.

von Vorteil sein müsste. Die Zahl der Dämmerzustände, von deren Echtheit man sich jetzt trotz des weitgehendsten Entgegenkommens nicht überzeugen kann, hat an Zahl ganz ausserordentlich zugenommen. Und nach ähnlichen zahlreichen Fällen, die von anderen Fachgenossen früher begutachtet worden waren und die später in unseren Bereich kamen, habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass wir es nicht allein sind, die sich nicht immer von der Unanfechtbarkeit dieser Zustände restlos zu überzeugen vermögen.

Das liegt sicher in erster Linie daran, dass die Bewerber um Straffreiheit sich dieses Mittels mit der gleichen Leichtigkeit bedienen zu können glauben, wie sie mit dem einfachen Leugnen durchzukommen hoffen. Man fasst dies Verhalten dann auch jetzt meist in einem ähnlichen Sinne auf und wird sich meist gar nicht bewusst, dass man es hier mit einer regelrechten Simulation zu tun hat.

Schon vor dem Kriege hat die Oeffentlichkeit der Gerichtsverhandlungen und vor allem die genaue Berichterstattung in den Zeitungen dafür gesorgt, dass diesen Zuständen eine recht unangenehme Volkstümlichkeit beschert wurde. Ueber ihre Verbreitung im Interessentenpublikum sorgt auch die Tätigkeit der Deliquenten selber.

Im Kriege hat diese Kenntnis unleugbar noch mehr zugenommen. Die meisten Soldaten, die im Felde gestanden haben, haben genug Gelegenheit gehabt, im Anschlusse an Gewalteinwirkungen Verwirrheitszustände und Bewusstseinstörungen in ihrer Umgebung zu beobachten, in denen die Erinnerung verloren ging. Das enge Zusammenleben in den Militärgefängnissen sorgt weiter für die Ausbreitung dieser Kenntnis. Auf unserer Beobachtungsstation haben wir mehr als einmal beobachtet, dass sich auf Beobachtungsranke, die bis dahin treulich ihre Erlebnisse gebeichtet hatten, plötzlich eine düstere Amnesie herabsenkte, nachdem sie in die Hände genügend aufgeklärter Genossen gefallen waren.

In mancher Beziehung ist die Beurteilung ohne jede Frage schwerer geworden. Früher war man ja zunächst verpflichtet, festzustellen, ob eine Grundlage vorhanden war, auf der sich solche Zustände entwickeln konnten. Liess sich weder Epilepsie noch Hysterie, weder chronischer Alkoholismus noch Kopfverletzungen in der Vorgeschichte nachweisen, dann musste das unvermittelte Auftreten derartiger Zustände zum mindesten sehr überraschen, wenn sich keine sonstigen Anzeichen für das Vorhandensein einer psychischen Epilepsie nachweisen liessen.

Das ist jetzt im Kriege anders geworden. Wenn wir so häufig unter der Einwirkung der psychischen und körperlichen Gewalteinwirkungen hysterische Zustände aller Art sich einstellen sehen, wenn wir

beobachten, wie die schlummernde hysterische Veranlagung dadurch zum Ausdruck gebracht wird, dann braucht uns das Auftreten derartiger Bewusstseinsstörungen auch bei Personen nicht in Erstaunen zu setzen, bei denen bis dahin die Vorgeschichte darüber geschwiegen hatte.

Nur darf nicht vergessen werden, dass die meisten zweifelhaften Dämmerzustände bei solchen Militärpersonen auftreten, die keine Kopfverletzung, keine Verwundung, keine Verschüttung, keine Gasvergiftung durchgemacht hatten und die allen gefährlichen Kampfhandlungen mit Erfolg aus dem Wege gegangen waren, die sich aber mit um so grösserer Sicherheit auf solche ursächlichen Einflüsse beriefen, deren Bedeutung ihnen wohl bekannt war. Es ist leider nicht immer möglich, nach beiden Seiten hin Sicherheit zu erlangen, da die wichtigsten Zeugen dafür nicht zu erreichen sind und die Akten und Krankenpapiere manchmal darüber schweigen.

Aus demselben Grunde kann man sich noch weniger darauf berufen, dass in der Vorgeschichte ein Analogon nicht zu ermitteln ist. Ist das auch sonst eine Forderung, die nur mit einem gewissen Vorbehalte gestellt werden darf, so sind wir jetzt noch weniger berechtigt, aus dem Fehlen eines solchen Analogons ungünstige Rückschlüsse für den Vertreter eines solchen zweifelhaften Zustandes zu ziehen. Die Gewalteinwirkungen, die solche Reaktionen nach sich zu ziehen vermögen, sind jetzt an der Tagesordnung. Das ganze Wesen des Kriegsdienstes erleichtert die kriminelle Einkleidung derartiger Bewusstseinsstörungen. Für die Beurteilung bleibt es allerdings sehr wertvoll, wenn es gelingt, für diese zum ersten Male auftretenden Dämmerzustände einen zeitlichen Zusammenhang mit derartigen Einwirkungen nachzuweisen.

Für viele militärische Delikte darf auch die Annahme eines derartigen Zustandes nicht daran scheitern, dass der Täter zur Zeit der strafbaren Handlung nach aussen nicht auffiel, dass sein Verhalten logisch und zielbewusst erschien und dass die Umgebung nicht an seiner geistigen Gesundheit zweifelte. Ein grosser Teil des militärischen Verhaltens, der Gehorsam gegen Befehle der Vorgesetzten, die Ausführung von militärischen Handlungen, Ehrenbezeugungen usw. erfolgt so mechanisch und automatisch, dass selbst verwickeltere Handlungen möglich werden, ohne dass volles Bewusstsein dabei vorhanden zu sein braucht. Dabei ist die Beobachtungsgabe der militärischen Umgebung oft so gering und die Anspruchslosigkeit, die an ein „vernünftiges“ Verhalten gestellt wird, so gross, dass nur die grösste Vorsicht in der Beurteilung vor Fehlurteilen schützen kann. Zu vergessen ist dabei natürlich nicht, dass ein derartiges geordnetes Verhalten an und für nicht gerade für die Krankhaftigkeit des Zustandes spricht.

Vor Fehlurteilen schützt auf der anderen Seite auch nicht immer die anscheinende Motivlosigkeit der Tat. Auch hier wird man später bei genauerer Kenntnis der Sachlage und bei tieferem Eingehen in das Seelenleben des Angeklagten gelegentlich nachweisen können, dass hier Gründe für das anscheinend so zwecklose Vorgehen vorhanden waren.

Bedingten Wert nur hat die Tatsache, dass die Täter während der Tat nicht immer ganz folgerichtig handelten, nicht mit eisernem Zielbewusstsein ihre Ziele verfolgten und durch manche Seitensprünge den Erfolg ihres Vorhabens aufs Spiel zu setzen schienen. Gerade wenn sie beabsichtigen, sich durch die Hilfe des § 51 der Verantwortung für ihr Tun zu entledigen — und die Berufung auf den Dämmerzustand erfolgt oft prompt bei der ersten Vernehmung —, traut man ihnen nicht immer zu viel Vorsicht und Planmässigkeit zu, wenn man annimmt, dass sie es sich angelegen sein lassen, der Glaubwürdigkeit des von ihnen vorgeführten krankhaften Zustandes durch eine derartige Inkonsequenz eine Hilfsstellung zu geben: Nicht selten berufen sich gerade die Vertreter der anfechtbarsten Dämmerzustände auf derartige Folgewidrigkeiten in ihrem Verhalten.

Fall 11. Musketier Heinrich He., Mechaniker, 30 Jahre. Keine erbliche Belastung. Normale Erkrankung. Mässiger Schüler. In der Lehrzeit tat er nicht gut. Später mehrfach wegen Betrugs und Hausfriedensbruches bestraft.

1908 Militärdienst als „Unsicherer“. Häufig wegen Zapfenstreichens bestraft.

Gleich nach der Mobilmachung eingezogen. November 1914 Granatexplosion, Lazarettbehandlung. Entlassungsdiagnose: Psychopathie mit neurasthenischen Symptomen. Abgelaufener Dämmerzustand hysterischer Herkunft. Bei einem späteren Lazarettaufenthalte nichts Besonderes. Eine Diagnose ist hier überhaupt nicht gestellt.

Am 29. 1. 1915 entfernte er sich von seinem Truppenteile Hannover und wurde am selben Tage auf dem Hauptbahnhofe Frankfurt a. M. festgenommen. Er erklärte sofort, er sei nervenkrank. Wann er sich aus der Kaserne entfernt habe, könne er nicht sagen. Auf einmal habe er sich in Höchst auf dem Bezirkskommando befunden. Seitdem er im Felde sei, habe er mehrere Dämmerzustände durchgemacht. In diesem habe er auf Flieger geschossen und den Präsident Poincaré ermorden wollen.

Die militärärztliche Beobachtung liess die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit unentschieden. Da das Kriegsgericht die Möglichkeit eines Dämmerzustandes annahm, wurde das Verfahren gegen ihn eingestellt.

Am 25. 8. blieb er auf dem Marsche zurück und wanderte durch mehrere Lazarette. Diagnose: Neurasthenie.

Am 20. 1. 1916 sollte er beim Truppenteil eintreffen, erschien aber nicht. 3 Wochen war er in seiner Wohnung bei seiner Frau gewesen und hatte dieser angegeben, er habe Urlaub.

Am 8. 9. wurde er in Frankfurt ergriffen. Sofort berief er sich darauf, er sei wegen Dämmerzustände und Neurasthenie wiederholt in Lazaretten gewesen.

Wie er aus dem Lazarett in Frankfurt entlassen worden sei, könne er nicht angeben, ebensowenig, was später passiert sei. Wie ihm seine Frau erzählt habe, sei er 4 Wochen in seiner Wohnung gewesen. Dann müsse er den ganzen Sommer von Hause fortgewesen sein. Er habe eine dunkle Erinnerung, dass er zwischendurch mal in Köln gewesen sei. In Höchst sei er vorgestern plötzlich wieder zur Besinnung gekommen.

Bei späteren Vernehmungen verlangte er immer auf seinen Geisteszustand untersucht zu werden.

Anstaltsbeobachtung. Ruhig und geordnet. Betont beständig, dass er vom Feldzuge her so heftiges Kopfweh und ein so aufgeregtes Wesen habe. Ueber seine Vorgeschichte machte er ohne jede Gedächtnisstörung ausgiebige Angaben. Seitdem er im Felde seinen ersten Dämmerzustand gekriegt habe, sei es mit ihm nicht mehr gut gegangen. Trotz seiner Kopfschmerzen und seiner Erregungszustände habe man ihn immer wieder ins Feld geschickt.

In seinem jetzigen Dämmerzustande sei er lange in seiner Wohnung bei seiner Frau geblieben. Soweit er sich dunkel erinnere, sei er ganz lange losmarschiert, nach Köln und Düsseldorf gekommen und von da wieder nach Frankfurt zurückgewandert. Am liebsten möchte er sich auch jetzt noch aufmachen und losmarschieren.

Wies man ihn auf Widersprüche in seinen zeitlichen Angaben hin, so erklärte er achselzuckend, es sei wirklich so, wie er es sage: mit sonen Dämmerzuständen sei es eben eine ganz eigentümliche Sache. In stereotyper Weise klagte er über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und die Angst, verrückt zu werden. Trotz der schweren Bedenken, die der Annahme eines Dämmerzustandes entgegen standen, wurde die Möglichkeit zugegeben, dass ein solcher vorgelegen haben könne. Freisprechung.

Am 1. 12. 1916 trat er einen zehntägigen Heiratsurlaub an, von dem er nicht zurückkehrte. Er wurde am 15. 12. in seiner Wohnung festgenommen.

In seiner Vernehmung berief er sich sofort wieder darauf, dass er mehrfach in Irrenanstalten gewesen sei. So habe er dann geglaubt, dass er auf 11 Monate bis zu seiner Entlassung in die Heimat beurlaubt worden sei, zumal das auch auf seinem Urlaubsschein gestanden habe. Tatsächlich war das infolge eines Schreibens so ausgefertigt worden.

„Ich bemerke gleich, dass ich häufig bei geringer Aufregung Tobsuchtsanfälle bekomme, in denen ich alles um mich herum zertrümmere“.

Wenige Stunden nach dieser Erklärung zertrümmerte er denn auch programmgemäss in der Zelle das Mobiliar. Als ihm die Hände gefesselt wurden, wurde er sofort ruhig und sprach ganz vernünftig. Zur Truppe zurückgekehrt, blieb er dabei, er habe geglaubt, 10 Monate Urlaub zu haben. Ausserdem müsse er sofort darauf aufmerksam machen, dass in einer ähnlichen Sache ein Verfahren gegen ihn eingestellt worden sei, nachdem er in einer Irrenanstalt

beobachtet worden sei. Er habe nicht die blasseste Ahnung, was man von ihm wolle. Ein Verfahren sei überhaupt nicht gegen ihn angestrengt worden. Er leide eben an schweren Dämmerzuständen.

Bei einer erneuten Anstaltsbeobachtung erschien er wieder niedergeschlagen und in sich gekehrt. Anfallsartige Zustände wurden nicht beobachtet.

Er sei so lange zu Hause geblieben, weil er für 10 Monate Urlaub gehabt habe. Seine Kameraden hätten ihm gesagt, er werde entlassen werden und da habe er dann zu Hause geduldig darauf gewartet, bis er entlassen werden würde.

Von seinen Taten in der Zelle wollte er nichts wissen. Er werde aber sehr leicht aufgeregt und dann habe er es eben so an sich, er dass alles kaput schlage. Bei diesen Worten machte er ein sehr wildes Gesicht, rollte mit den Augen, knirschte mit den Zähnen und stiess ein kurzes Indianergeheul aus. Nach einigen Minuten sagte er dann: „Sehen Sie, da habe ich eben mal wieder einen solchen Zustand gehabt, da war ich furchtbar erregt, dann muss man mit mir sehr vorsichtig sein“. Dabei war er wieder vollständig ruhig.

Von dem „Tobsuchtsanfall“ in der Zelle wisse er nicht das Geringste.

Trotz seiner anscheinend sehr niedergeschlagenen Stimmung brachte He. es fertig, auf sehr verschmitzte Weise zwei muntere Briefe an seine Frau aus dem Lazarett herauszuschmuggeln, wie er auch bei ihrem Besuche sehr vergnügt war.

Auch in diesem Falle war es sehr wahrscheinlich, dass der Angeklagte den früher tatsächlich erlebten Dämmerzustand dazu benutzte, um später ungestraft darauf los zu sündigen. Als ausgesprochen kriminelle Natur pocht er jetzt immer wieder bei seinen Delikten auf seine Nervenkrankheit und beruft sich geradezu auf seine Dämmerzustände. Da er ja tatsächlich eine Schädigung seines Nervensystems erlitten hatte, so glaubte man ihm anstandslos selbst zweifelhafte Dämmerzustände — so wurde sogar ein Dämmerzustand von 8 Minuten zu seinen Gunsten in Rechnung gestellt —, ohne dass über die Grundnatur seiner Krankheit Uebereinstimmung geherrscht hätte.

Wenn man für den letzten Dämmerzustand, den er vorführte, den Glauben nicht aufbringen konnte, so war das bei der ganzen Sachlage ohne weiteres verständlich.

Eigenartig war es in diesem Falle, dass er seinen Tobsuchtsanfall — am ersten Tage der Haft, nachdem er früher anstandslos jahrelange Haftstrafen durchgemacht hatte — vorher ankündigte. Wenn er später diesen Tobsuchtsanfall in einer Weise vorführte, die den Stempel der Unnatur an der Stirne trug, so konnte man dabei erkennen, was er nach seinen bisherigen Erfahrungen mit der forensischen Psychiatrie dieser auch sonst bieten zu können glaubte.

Fall 12. Trainsoldat Wilhelm Am., Buchhalter, 38 Jahre. Als Am. aus dem Privatquartier in die Kaserne übersiedeln sollte und der Wachtmeister ihn fragte, ob er dem Befehle nachgekommen sei, erklärte Am., der Truppenarzt habe ihm erlaubt, zu Hause zu schlafen. Er lasse sich eine solche Behandlung nicht mehr gefallen, er sei kein dummer Junge. Als der Wachtmeister ihm Ruhe gebot, erklärte er, er schweige vor Keinem, selbst wenn es sich um einen General handle. Am Tage vorher hatte er erklärt, er werde auf das Ganze gehen, wenn man ihm etwas wolle. Die Abteilung überwies ihn nach Langenhagen, warnte aber zugleich vor ihm. Am. sei ein schlauer und gerissener Mensch. Einem Kameraden hatte er angegeben, er werde die Sache schon zu drehen wissen, ihn solle keiner kriegen. Die Abteilung nahm an, dass er simulieren werde. Er selbst behauptete, er habe gerade einen „Nervenanfall“ gehabt. Er war vollkommen klar und gab sehr wortreich Auskunft. Er sei beim Polizeipräsidium in Br. überanstrengt worden, habe den Chinafeldzug mitgemacht und dabei einen Schädelbruch erlitten. Im Felde habe er wieder einen schweren Sturz durchgemacht und im Anschlusse darnach den ersten Nervenanfall bekommen. (Diese Angaben erwiesen sich später als erlogen.)

Jetzt sei er in der Anstalt, da er die Eisenbahnfahrt schlecht vertragen habe. (Tatsächlich war er seit 14 Tagen in der Garnison gewesen.) Da habe er dann wieder seinen Nervenanfall bekommen. Da er nichts Besonderes darbot, wurde er nach einigen Tagen wieder entlassen.

In seiner Vernehmung gab er an, er könne sich der Vorgänge nicht mehr entsinnen. Er wisse nur noch, dass der Wachtmeister ihm gesagt habe, er solle sich vom Arzte untersuchen lassen. Er leide eben an schweren Nervenzufällen, die sich an einen Schädelbruch angeschlossen hätten.

Im Zivil war er wegen Majestätsbeleidigung, Beleidigung, Betrugs und Urkundenfälschung häufig bestraft. Beim Militär war seine Führung schlecht. Wegen Unterschlagung degradiert und mit Gefängnis bestraft. Im Lazarett Or. war er 14 Tage wegen „Neurasthenie.“ Da er sich auf der Leichtkrankenabteilung befand, wurde eine Krankengeschichte überhaupt nicht geführt. Auch im Reservelazarett B. wurde Neurasthenie angenommen. In seiner Vorgeschichte, die er vollkommen anders angab, wie bei seinen späteren Untersuchungen, ist nie von Dämmer-, Erregungs- oder Nervenkrankheitszuständen die Rede. Der objektive Befund war stets vollkommen negativ. Es wurde eine ganz erhebliche Besserung festgestellt. Im Reservelazarett A. wurde überhaupt keine Krankheit nachgewiesen.

Während der ersten Beobachtung war die Stimmung immer heiter und zufrieden. Irgendwelche anfallsartige Erscheinungen wurden hier nicht nachgewiesen. Von den anderen Kranken schloss er sich ab mit Ausnahme eines forensischen Beobachtungskranken, mit dem er sofort eine dicke Freundschaft schloss. Sehr anspruchsvoll, dem Arzte gegenüber ausserordentlich höflich und unterwürfig.

Ab und zu klagte er über unbestimmte nervöse Beschwerden, ohne dass ihm äusserlich etwas anzumerken gewesen wäre. Während er darüber klagte,

dass er so gedächtnisschwach sei und keinen Gedanken fassen könne, unterhielt er sich mit seiner Frau auf das lebhafteste, ohne jede Behinderung, besprach mit ihr alles mögliche Geschäftliche und traf sachgemässe und energische zahlreiche Anordnungen.

Auch in einem ausführlichen Lebenslaufe, den er damals angefertigt hatte und der zahlreiche Abweichungen von der Wahrheit enthielt, hatte er alle seine Bestrafungen oft verschwiegen, während er selbst seine köstlichen Vorzüge in ein helles Licht setzte und zahllose nervöse Beschwerden in den grellsten Farben schilderte.

Auch bei der zweiten Untersuchung war zunächst nicht das Geringste festzustellen, was als ein „Anfall“ hätte gedeutet werden können.

In den Unterredungen antwortete er jetzt vorsichtig und langsam, auch bei Fragen, deren Beantwortung ihm nicht die geringste Schwierigkeit machen konnte. Im Gegensatze zu früher hatte er jetzt etwas Sondierendes und Lauerndes in seinem Wesen.

Die körperliche Untersuchung hatte ein vollkommen negatives Ergebnis.

Bis zum 10. Lebensjahr habe er an Krämpfen gelitten (nicht bestätigt). Immer habe er einen unruhigen Schlaf und die ängstlichen Träume. (Hier war der Schlaf stets ausgezeichnet.) Im Chinafeldzug habe er Typhus, Ruhr und Malaria durchgemacht und wochenlang im Lazarett gelegen (nicht bestätigt). Dort sei er auch einmal mit dem Pferde gestürzt und habe sich mehrere Wunden an der Stirne zugezogen. (Keine Narben.) Dann habe er nach 1½ Jahren in Tientsin mit dem Pferde einen schweren Sturz durchgemacht und sei tagelang bewusstlos gewesen. (Nicht bestätigt.) Durch die anstrengenden Arbeiten sei er mit seinen Nerven ausserordentlich heruntergekommen. Seine Erlebnisse im Felde schildert er mit grossen Uebertreibungen. Schliesslich habe er in Ostende einen schweren Nervenshock erlitten und sei in das Lazarett gekommen.

Erst nach Vorhalt räumt er ein, dass er vorher eine gerichtliche Vorladung bekommen habe. Er habe von der ganzen Sache gar nichts mehr gewusst. Man habe ihm keinen Verteidiger gestellt, ihm keine Anklage vorgelesen und überhaupt nicht gesagt, um was es sich gehandelt habe. Es sei ihm beinahe so, als habe er auch während dieser Verhandlung einen Anfall gehabt. Jetzt sei er von einem Zivilisten dem Oberstleutnant angezeigt worden, der ihn kommen liess und furchtbar anschnauzte. Als er einem Unteroffizier klagte, dass er trotz seiner ausgezeichneten Führung so schlecht behandelt werde, kam der Wachtmeister dazu. Er weiss noch, dass dieser ihm sagte, er solle zur Untersuchung kommen. Er habe sich geweigert, sich von seinen Auszeichnungen zu trennen. Was dann weiter geschehen sei, könne er auch nicht sagen, er sei dann in Langenhagen im Bette zu sich gekommen. Es habe sehr lange gedauert, bis er sich zurecht gefunden habe. Er habe dann erst in der Vernehmung gehört, was er angestiftet haben solle. Vor allem leide er an heftigen Schwindelanfällen. Sehr oft habe man ihn aus dem Stalle ins Revier bringen müssen. Beständig habe er die wahn-

sinnigsten Kopfschmerzen, die sich bei Witterungswechsel bis zur Bewusstlosigkeit steigerten. Dabei leide er an einer masslos gesteigerten Reizbarkeit. Er sei deshalb aber nie bestraft worden, da man ohne weiteres anerkannt habe, dass er krank sei. In seinem Dienste als Polizist sei er oft so aufgeregt geworden, dass er aus dem Strassendienste habe zurückgezogen werden müssen. (Nicht bestätigt.) In Ostende habe er viele Nächte lang furchtbar getobt. Viele Nächte habe er unausgeschlafen zubringen müssen. Am Schlusse der Beobachtung wurde ihm vorgehalten, wie eigentümlich es doch sei, dass er trotz seiner angeblichen Reizbarkeit hier garnichts von Aufgeregtheit, Schwindelanfällen und Bewusstseinstrübungen dargeboten habe. Er wurde verlegen, gab darauf gar keine Antwort und grübelte den ganzen Tag vor sich hin.

Am nächsten Morgen trat er auf der Visite an den Arzt heran und beschwerte sich in einer Aufregung, die auf sämtliche Zeugen des Vorfalles einen durchaus gekünstelten Eindruck machte, dass man seine Frau nicht mehr zum Besuche zugelassen habe. Es wurde ihm ruhig bedeutet, dass der Besuch aus dienstlichen Gründen nicht zugelassen werden könne. Er blieb jetzt zunächst vollkommen ruhig, war bei klarem Bewusstsein und erklärte, er könne sich das nicht gefallen lassen. Eine halbe Stunde später lief er von einem Spaziergange plötzlich fort, ohne darüber sich irgendwie geäussert zu haben und ohne dass er seiner Umgebung irgendwie aufgefallen wäre. Er wurde zu Hause im Bette liegend aufgefunden.

Von dem ganzen Vorfalle wollte er gar nichts mehr wissen. Er habe sich so entsetzlich darüber aufgeregt, dass seiner Frau solch himmelschreiendes Unrecht angetan worden sei. Er könne sich nicht entsinnen, dass er auf der Visite mit dem Arzte gesprochen habe und später spazieren gegangen sei. Als er wieder zu sich gekommen sei, habe er zu Hause im Bette gelegen.

Nach einigen Tagen bat er in einem Schreiben um Verzeihung. Erst jetzt habe er wieder einen kleinen Gedanken fassen können. Wenn er einmal in einen solchen „Dämmerzustand“ hineingeraten sei, dann könne er machen, was er wolle, er könne nicht dagegen an.

Am., der auf eine recht üble kriminelle Vorgeschichte zurückblickte und offen erklärt hatte, dass man von ihm etwas erwarten dürfte, was seinen Vorgesetzten sicher nicht angenehm gewesen wäre, versuchte bei seinen Beobachtungen sich eine Vorgeschichte zu schaffen, die mit der Wirklichkeit in schreiendstem Widerspruche stand. Vor allem suchte er in zielbewusster Weise sich eine Neurasthenie zu sichern, über deren Einzelheiten er auf das genaueste unterrichtet war. So wollte er auf einen Dämmerzustand heraus, mit dem er ganz offensichtlich spielte und den er sogar noch auf die Hauptverhandlung auszudehnen suchte, weil die Angaben, die er hier gemacht hatte, ihm jetzt hinderlich waren. Schliesslich versuchte er auch, einen derartigen Dämmerzustand dem Beobachter vor Augen zu stellen, allerdings in recht wenig glücklicher Weise. In der Hauptverhandlung wagte er

auch nicht mehr, sich darauf zu berufen. Er stützte sich zwar noch auf seine Nervosität, liess den Dämmerzustand aber ganz fallen.

Wie so oft bei derartigen Dämmerzuständen war es bei ihm das ganze Wesen, das Drum und Dran in seinem Auftreten, was bei der Abwägung seiner ganzen Persönlichkeit ein Urteil über diesen Zustand gewinnen liess. Allein die ungeheure Höflichkeit, die er stets dem Beobachter auch dann entgegenbrachte, wenn er von dessen Willfährigkeit gegenüber seinen Aeusserungen nicht allzu sehr begeistert zu sein brauchte, musste wie meist bei derartigen überdevoten Beobachtungskranken einen gewissen Verdacht erwecken.

Wenn er im übrigen auf einen Dämmerzustand hinaus wollte, hatte er sich ein Vorbild aussersehen, das wieder besonders der Anfechtung anheim fallen musste¹⁾. Die Existenzberechtigung neurasthenischer Dämmerzustände soll nicht gänzlich in Abrede gestellt werden, — aber sie sind in klinischer Beziehung stets sehr umstritten gewesen und wenn sie einmal ins Feld geführt werden, müssen sie sich in erster Linie eine kritische Musterung gefallen lassen.

Fall 13. Reservist Leo Tu., Dreher, 32 Jahre. Normale geistige Entwicklung, lernte auf der Schule leicht. Verdiente später als Dreher sehr gut. 1909 Syphilis. Später unglückliche Ehe. Aktive Militärzeit verlief ohne jeden Zwischenfall. Mehrere Male wegen Diebstahls bestraft, zuletzt wegen Körperverletzung mit tödlichem Ausgange mit 4 Jahren Gefängnis. Nach der Entlassung aus dem Gefängnisse 1916 eingezogen. Keine Kriegsbeschädigung.

Im Juli 1917 wegen Trippers im Lazarett. 14 Tage strenger Arrest, weil er einmal Nachts das Lazarett verlassen und „ausserdem seine Krankheit künstlich verlängert hatte“.

Oktober 1917 fuhr er aus dem Cellerlager nach Hannover und blieb unter der Angabe, er habe Urlaub, 3 Tage bei seiner Braut. Als er hörte, dass die Truppe nach ihm suche, stellte er sich freiwillig.

In der Haft versuchte er zunächst einen Brief durchzuschmuggeln. Am zweiten Tage führte er sinnlose Redensarten, zeigte eine übertriebene Unruhe und grimassierte lebhaft. Schliesslich brachte er sich mit den Scherben eines Trinkglases, das er sehr vorsichtig zerbrochen hatte, einige oberflächliche Hautverletzungen bei. In der Militärarrestanstalt nahm man an, dass er „den wilden Mann spiele“.

Anstaltsbeobachtung. Ruhig und geordnet, gibt seine Personalien in erschöpfender Weise an, ohne irgend etwas Auffälliges darzubieten. In seinen Briefen verständigte er seine Braut sofort, dass hier alle ein- und ausgehenden Briefe gelesen würden. Im Gefängnis habe er einen schweren Anfall gehabt und liege in den letzten Nächten beständig in grösster Aufregung da

1) Mönkemöller, Zur forensischen Bedeutung der Neurasthenie. Arch. f. Psych. Bd. 54. H. 2. S. 65.

(Tatsächlich ausgezeichneter Schlaf). Herrlicher Appetit. Seine Stimmung blieb sehr gut. Er beschäftigte sich auf der Abteilung fleissig, unterhielt sich mit den anderen Kranken munter, wobei er die Unterhaltung beherrschte und liess Lektüre, Karten und sonstige Zerstreuungsspiele nicht ungenutzt vorbei.

Sobald der Arzt erschien, stand Tu. mit teilnahmslosen, in sich gekehrten Blicken da, antwortete kaum und schien ganz in sich versunken zu sein. Dabei beobachtete er alles genau, was um ihn herum vorging und folgte vor allem den Gesprächen, die mit den neu aufgenommenen Kranken geführt wurden, mit grösster Aufmerksamkeit.

Einmal blieb er ohne jede Veranlassung im Bett liegen. Der Wache erklärte er, er sei verstimmt, fühle sich furchtbar aufgeregt und „das sei die Alteration, an der er immer leide“.

Mittags wollte er vor Aufregung nicht essen können, liess sich aber später seine Portion kommen. Als geflissentlich nicht nach seiner Aufregung geforscht und nachmittags Besuch angemeldet wurde, erhob er sich schleunigst vom duftenden Lager und unterhielt sich mit seinem Besuche angeregt und ohne jede Ermüdung.

Ueber seine Vorgeschichte gab er erschöpfend Auskunft, indem er sich besonders liebevoll in seine Krankheitsgeschichte vertiefte. Sehr ungemein und verdrossen äusserte er sich über seine Vorstrafen, die er nur auf Befragen bruchstückweise von sich gab. Wie er zu der letzten Straftat gekommen sei, wollte er nicht wissen. Er habe mal Schläge auf den Kopf gekriegt und seitdem wisse er manohmal nicht, was er tue. Dann könne er kaum sitzen, „bekomme Anfälle“ und falle gleich hin. Rege man ihn auf oder lasse ihn wie letzthin im Arrest allein, dann kämen ihm die Gedanken und er werde so erregt, dass er sich nicht mehr halten könne. Schon in seiner Gefängnis-haft habe der Direktor veranlasst, dass er aus der Einzelhaft herauskam, weil er diese nicht vertragen könne. Er sei deshalb aus dem Gefängnisse in Herford nach Hameln verlegt worden, da er dort nicht in Gemeinschaftshaft habe sein können (tatsächlich war er in der Haft nie aufgefallen).

Später sei dann infolge einer Schlägerei eine Verschlimmerung seines nervösen Zustandes herbeigeführt worden (er war beim Militär wegen derartiger oder ähnlicher Zustände nie behandelt oder beobachtet worden).

Ueber seine angeblichen „Anfälle“ vermochte er nichts Bestimmtes anzugeben. Er erging sich nur in ganz unbestimmten Redensarten und kam schliesslich darauf heraus, es seien die Gedanken, deren er sich nicht erwehren könne.

Weshalb er aus dem Cellerlager fortgelaufen sei, könne er mit dem allerbesten Willen nicht angeben. Das habe er doch offenbar in seiner Nervosität getan.

Er wurde als Psychopath begutachtet, § 51 wurde ihm nicht zugebilligt. 5 Monate Gefängnis machte er ohne jeden Zwischenfall ab.

Nach 2 Monaten entfernte er sich wieder von der Truppe aus Nienburg. Nach 3 Wochen wurde er bei seiner Schwiegermutter aufgefunden und verhaftet. Er erklärte von vornherein, er habe im Dämmerzustand gehandelt.

Anstaltsbeobachtung. Bei der Aufnahme macht er jetzt einen affektiert kindlichen Eindruck. Mit blödem Gesichtsausdrucke starrte er vor sich hin, wackelte mit dem Kopfe und zwinkerte mit den Augen, indem er ab und zu ein meckerndes Gelächter von sich gab. Man habe ihm gesagt, bis in drei Tagen könne das Gutachten gut erstattet sein. Die Hanomag habe ihn reklamiert und da er jeden Tag seine 18 M. verdiene und ein sehr brauchbarer Mann sei, werde es dort ohne ihn nicht gehen.

Auf der Abteilung war er immer gehobener Stimmung. Er führte das grosse Wort und renommierte viel. Der Beschäftigung war er ganz abgeneigt, spielte aber dafür um so eifriger Karten. Keine Anzeichen für Kopfschmerzen und Schwindelanfälle.

In der Unterhaltung fasste er gut auf, antworte aber häufig abspringend in kindlich unterwürfigem Tone. Immer liess sich feststellen, dass er ganz genau wusste, nach was er gefragt war. Dabei grimassierte er beständig, machte abgerissene stossartige Bewegungen und stiess ein abscheuliches Gebrunze aus.

Sonst folgte er der Unterhaltung glatt, verfügte über ein glänzendes Gedächtnis und seine Urteilsfähigkeit genügte auch weitgehenden Ansprüchen.

Jetzt wollte er vor zwei Jahren bei einer Messerstecherei vier Stiche in den Kopf bekommen und sehr lange bewusstlos im Krankenhause gelegen haben. Auch wollte er früher Tripper, weichen und harten Schanker und Syphilis durchgemacht und noch in den letzten Jahren einige sehr anstrengende Kuren überstanden haben. Stets habe er furchtbar stark getrunken und sei ein wahnsinnig heftiger Raucher gewesen. In der „Schule“ habe er überaus schlecht gelernt und sei nur bis zur 4. Klasse gekommen. In Zivil sei er einmal wegen einer harmlosen Sache unbillig bestraft worden.

Seit seiner Kopfverletzung habe er dauernd die heftigsten Kopfschmerzen. Wenn er gereizt werde, habe er mit Anfällen zu tun und verliere dabei vollkommen das Bewusstsein. In diesem Zustande habe er sich alle möglichen Verletzungen beigebracht. Sehr leicht werde ihm schwindlig, dann werde ihm grün, gelb und violett vor den Augen und er sei schon dabei vom Stuhle heruntergefallen. Seitdem er die Stiche in den Kopf bekommen und seitdem ihn ein Flieger eine ganze Menge Pfeile in den Leib gejagt habe, habe er am Leben keine Freude mehr.

Im vergangenen Jahre habe er sich im Dämmerzustande 6 Tage von der Truppe entfernt. Als man ihn jetzt aus dem Lazarett entlassen habe, habe er natürlich gedacht, er könne bis zu seiner Entlassung vom Militär, die bei seinen schweren geistigen Störungen mit Sicherheit bald erfolgen müsse, nun zu Hause bleiben. Dort sei er aber gar nicht gewesen. Er müsse wohl so 3 Wochen von der Truppe fortgewesen sein. Was er in dieser ganzen Zeit angefangen habe, könne er mit dem besten Willen nicht sagen, und zuletzt sei er plötzlich zu Hause gewesen. Wie er von Nienburg fortgefahren und schliesslich zu Hause angekommen sei, das sei ein düsteres Geheimnis, über das er sich seinen schwachen Kopf schon lange vergebens zerbrochen habe. Plötzlich sass er da und seine gute Schwieger-

mutter fragte ihn; wo er herkomme. Da habe er denn einfach gesagt, er sei beurlaubt.

Er sei dann in Haft gekommen und habe in der Zelle häufig seine „Anfälle“ bekommen (nicht bestätigt). Darauf habe man ihn entlassen und nun sei es die höchste Zeit, dass er sofort wieder an die Arbeit gehe.

Tu., ein Mann von mangelhafter Ethik und einer ausgeprägt kriminellen Vorvergangenheit, lässt sehr bald im Kriege, der ihn weder psychisch noch körperlich geschädigt hat, erkennen, dass ihm nicht viel daran liegt, Soldat zu bleiben.

Als er dann die Folgen seiner Fahnenflucht tragen soll, beruft er sich auf Anfälle, von denen niemand etwas weiss, er gründet sie auf Verletzungen, in deren Schilderung er wechselt und für die sich ein Nachweis nicht erbringen lässt, und sucht aus einem künstlich verlängerten Tripper Kapital zu schlagen.

Dazu spielt er im Gefängnisse den „wilden Mann“ und erkürt sich damit die Krankheit, die in Laienkreisen noch immer als die typische Ausdrucksform der Simulation gilt und vor allem durch die ausführlichen Zeitungsberichte über derartige forensische Schaustücke immer von neuem dem Publikum vor Augen gehalten wird.

Auch in der militärisch-forensischen Tätigkeit haben sie ihren Nimbus noch nicht eingebüsst. In den Militärgefängnissen, Vorgesetzten gegenüber und selbst in militärischen Verhandlungen treten uns nicht selten diese sinnlosen Erregungszustände vor Augen, die sich in der zügellosesten motorischen und sprachlichen Entladung, in Angriffen auf die Umgebung und Zertrümmerung aller erreichbaren möglichen Gegenstände Luft machen. Auch ihnen steht man von militärischer Seite oft noch mit grösstem Misstrauen gegenüber, wenn man auch von Seiten der Militärgerichte und nicht minder der Strafvollzugsbehörden immer mehr dazu gekommen ist, unter allen Umständen hier den Psychiater zu Rate zu ziehen.

Weit mehr noch wie vor dem Kriege muss man allerdings die Beobachtung machen, dass es bei den vielen psychopathologischen Persönlichkeiten, die das Kriegstoben in die militärische Rechtspflege verschlägt, durch die Haft, durch die Aufregungen des gerichtlichen Verfahrens, durch den Druck der Hauptverhandlung die gewaltige innere Spannung zu einer Entladung gebracht wird, die in dieser geräuschvollen und lärmenden Weise zum Ausdruck gelangt.

Meist ist es nicht so schwer, die Echtheit dieser anscheinend von Simulanten so gerne gewählten Störungen nachzuweisen. Fast immer gelingt der Nachweis, dass es sich um Personen mit einem labilen Affektleben, mit enorm gesteigerter Reizbarkeit, mit ausgesprochener

imbeziller, hysterischer oder epileptischer Veranlagung handelt, in deren Vorleben meist schon ähnliche Auftritte nachzuweisen sind. Fast immer bieten die Ereignisse der letzten Zeit eine Erklärung für das Entstehen dieser Spannung. Gewöhnlich handelt es sich auch um länger dauernde Erregungszustände, die sich durch die äusserste Rücksichtslosigkeit bis zum Wüten gegen die eigene Person steigern.

Gewiss versuchen auch gelegentlich Simulanten sich auf diesem Felde zu bewegen. Aber selten nur vermögen sie sich im Rahmen des klinisch Echten und Unantastbaren zu halten. Es gehört eine ausserordentliche Energie und ein recht beträchtlicher Kräfteaufwand dazu, diese Rolle längere Zeit durchzuführen und an ihr auch festzuhalten, wenn sie sich nicht beobachtet glauben, wie sie auch meist der eigenen Person nicht zu nahe treten. In der Regel findet man bei genauerer Nachforschung, dass es sich um Personen handelt, die nur eine kümmerliche geistige Veranlagung aufzuweisen haben. Meist kommen diese Zwischenfälle zu einem raschen Ende, wenn man sich gar nicht um sie kümmert, ohne dass man ihnen dann eine weitere Bedeutung beizulegen brauchte.

Weshalb bei Tu., dessen Affektleben fast nie eine Störung erkennen liess, und der schon lange Jahre im Gefängnis ohne jeden Schaden für seine geistige Gesundheit gesessen hatte, schon am zweiten Tage der Haft eine solche Explosion erfolgen sollte, die er zudem auch angekündigt hatte, ist ohne Zuhilfenahme der Simulation gar nicht zu erklären.

Wieder lässt sich bei ihm eine Fülle von Nebenumständen nachweisen, die seine Glaubwürdigkeit in einem fragwürdigen Lichte erscheinen lassen.

Nachdem er noch einen schwachen Versuch gemacht hat, während der Beobachtung eine ähnliche Alteration vorzuführen, setzt bei ihm plötzlich ein Dämmerzustand ein, der 3 Wochen gedauert haben soll, bei denen er Anspruch auf einen vollständigen Erinnerungsverlust macht und dessen Bedeutung er seiner Umgebung auf das Eindringlichste zu Gemüte zu bringen sucht.

Auch er bestätigt die alte Erfahrung, dass man den totalen Amnesien mit besonders grosser Skepsis gegenüberstehen muss, zumal wenn sie eine durch eine entsprechende Geisteskrankheit gar nicht zu erklärende übermässig lange Dauer aufweisen. Es sind das zweifellos sehr seltene Zustände.

Es ist verständlich, dass Simulanten sich mit besonderer Vorliebe diese Form der Amnesie auserwählen, weil sie dadurch am ersten der Gefahr aus dem Wege zu gehen glauben, aus der Rolle zu fallen. Viel

glaubhafter aber bleiben immer die Erinnerungsverluste, in die noch einzelne Gedächtnisinselfn eingesprengt sind, oder der Ausfall einzelner Erinnerungspunkte.

Jedenfalls spricht sich darin, dass der Täter für einzelne Punkte die Erinnerung zugibt, in gewissem Masse seine Neigung aus, bei der Wahrheit zu bleiben. Gelingt es ihm, bei verschiedenen Vernehmungen, die zeitlich lange genug auseinanderliegen, in der Wiedergabe seiner Erinnerungen keine zu groben Abweichungen zu machen, so wird man mit grösserer Sicherheit die Richtigkeit seiner Angaben annehmen können.

Fall 14. Füsilier Hyronimus Schu., Landwirt, 27 Jahre. Im Zivil häufig wegen Diebstahls, Betrugs, Urkundenfälschung vorbestraft. Tritt 1914 als Freiwilliger ein. Wegen mehrerer Verwundungen öfters in Lazarettbehandlung. Schlechte Führung. 1915 wegen unerlaubter Entfernung 2 Jahre Gefängnis, die er glatt abmacht.

Am 13. 2. 1918 wurde er, nachdem er wegen eines Nervenleidens beurlaubt, zurückberufen. Obgleich er telephonisch seine Ankunft angemeldet hatte, hielt er sich von der Truppe fern und wurde erst am 1. 4. in Oldenburg festgenommen. Während dieser Zeit hatte er mehrere Diebstähle begangen. U. a. hatte er einem Schulkameraden, der einen Koffer zur Bahn tragen sollte, vorgeschwindelt, er sei ein Bekannter des Besitzers, heisse Janssen, fahre mit demselben Zuge und wolle den Koffer dem Besitzer abliefern. Als er bald darauf wegen Uebertretung der Fahrradvorschriften angehalten wurde, gab er einen falschen Vornamen an und behauptete, bei einem anderen Regimente gedient zu haben und als Vizefeldwebel der Reserve entlassen zu sein. Bei der Durchsuchung fand man bei ihm eine grosse Geldsumme sowie die gestohlenen Sachen. Den Wachtmeister suchte er zu bestechen. Auch das Fahrrad hatte er gestohlen. In der Vernehmung behauptete er, gänzlich unbestraft zu sein, und berief sich darauf, 8 Monate im Lazarett Langenhagen gewesen zu sein (in dem er zur Beobachtung auf Krämpfe 11 Tage gewesen war), behauptete, er sei tatsächlich im Besitze der Auszeichnungen und unterschrieb als Sergeant Schü. Ueber den Erwerb des Rades machte er erlogene Angaben.

Keiner von den zahlreichen Personen, die mit ihm bei den Diebstählen und Betrügereien in Berührung gekommen waren, hatte irgend etwas Auffallendes an ihm wahrgenommen.

Während seines ersten Aufenthaltes in Langenhagen hatte er einem anderen Kranken ein Paar Schnürschuhe und während eines Besuches in einem anderen Lazarett ein Paar Schnürschuhe und eine Säbelkoppel gestohlen.

Während aller früheren gerichtlichen Verfahren hatte er nie Erscheinungen dargeboten, die einen Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit erweckt hätten. Die über ihn verhängten Strafen verbüsste er alle glatt. Er berief sich früher auf angebliches Lungenbluten, ohne während der Beobachtung eine Blutung gehabt zu haben und ohne dass auch nur der geringste objektive Befund erhoben worden wäre. In den Krankenblättern wird der Verdacht der Ueber-

treibung geäussert, so hatte er auch wiederholt die Temperatur künstlich in die Höhe getrieben. Einmal wird direkt ausgesprochen, dass er simuliert habe.

Im Oktober 1917 im Reservelazarett R. aufgenommen, weil er auf der Reise einen Anfall gehabt haben wollte. Während 14 Tagen hatte er keinen Anfall. Auf der Reise nach Ha. wollte er wieder einen Anfall gehabt haben. Im Reservelazarett II Ha. hatte er mehr Anfälle. Hier gab er an, er leide seit dem 11. Jahre an Ohnmachtsanfällen (nicht bestätigt). In La. wurden mehrere Anfälle beobachtet, die als hysterisch aufgefasst werden (über die forensische Sachlage war nichts bekannt).

Es wurde eine absichtlich vorgetäuschte Abschwächung der Intelligenz angenommen.

Bei der zweiten Aufnahme in La. sofort hysterischer Anfall. Nach dem Anfalle war er klar und geordnet, unterhielt sich angeregt und zeigte keine Zeichen von Müdigkeit. Sonst verhielt er sich ruhig und geordnet und war niemals verstimmt oder ängstlich. Wenn er sich beobachtet wusste, tat er ausserordentlich wehleidig, hielt den Kopf schief, wackelte damit hin und her und sprach mit leisem, kläglichem Tone.

War der Arzt nicht in der Nähe, dann war er wie ausgewechselt. Er unterhielt sich lebhaft mit seiner Umgebung und zeigte für alles Interesse. Gelegentlich las er auch in der Zeitung. Dem Arzte gegenüber behauptete er, nicht lesen zu können. Von anderen Kameraden liess er sich Karten schreiben, da er selbst nicht schreiben könne. Dagegen schmuggelte er verschiedene — selbst geschriebene — Karten durch, in denen er zwei Mädchen zum Besuch bestellte und sich Zigarren und Esswaren erbat. Trotz seines klagsamen Wesens suchte er auch ein Heiratsgesuch in den Hamburger Anzeiger durchzuschmuggeln. Dem Arzte gegenüber versank er sofort in ein Meer der beweglichsten Klagen und antwortete leise und zögernd. Wenn er wollte, konnte er auf alle Fragen prompt und sinngemäss Antwort geben und folgte den eingehendsten Unterhaltungen ohne jedes Zeichen von Ermüdung.

Das Gedächtnis war geradezu ausgezeichnet, nur bei der Besprechung mancher Straftaten, die ihm unangenehm waren, hatte er damit Schwierigkeiten. In der Besprechung seiner Vorgeschichte hatte er das ausgeprägte Bestreben, sich als einen von Kind auf geistig abnormen kranken Menschen hinzustellen. Seine ganze Familie sei minderwertig. Aus der Schule sei er immer fortgelaufen. Beim Lernen sei er gleich schwindlig geworden. Später habe er immer die masslosesten Schwindelzustände gehabt. Die Krämpfe habe er mit dem 18. Lebensjahre bekommen und auch in allen Lazaretten gehabt. Als ihm vorgehalten wird, dass früher bei ihm nie etwas von nervösen Störungen bemerkt worden sei, meint er, die Zustände seien von den Aerzten übersehen worden. Von seinen Vorstrafen wollte er gar nichts wissen. Er sei zwar öfters vor Gericht gewesen, könne sich aber mit dem besten Willen nicht erinnern, um was es sich dabei gehandelt habe.

Auch bei der Intelligenzprüfung suchte er auf jede Weise den Eindruck der schwersten Geistesschwäche zu machen. Schreiben wollte er nicht können. Als ihm ein Schriftstück aus einer früheren Akte vorgehalten wurde, in dem er

sich mit leidlicher Schrift, brauchbarem Stile und gutem Gedankengange verteidigt hatte, wurde er sehr bestürzt und wusste nichts zu erwidern. Selbst bei den einfachsten Rechenaufgaben versagte er, die er bei seinem ersten Aufenthalte in La. glatt und richtig gelöst hatte. Die Geldstücke wollte er nicht unterscheiden können. Er kannte weder die Zahl der Monate, noch die Wochentage, und zählte diese falsch auf. Als er nach der Zahl seiner Finger gefragt wurde, fing er an, sie abzuzählen, kam damit aber nicht zuwege.

Wie er zu der unerlaubten Entfernung gekommen sei, könne er nicht sagen. Es sei ihm unmöglich, irgendwo länger zu bleiben, nach mehreren Stunden werde ihm schwarz vor den Augen, er bekomme Kopfschmerzen und dann wisse er nicht mehr, was mit ihm los sei. Die Diebstähle in den Lazaretten bestritt er, erwies sich dabei aber über alle Einzelheiten unterrichtet. Er selbst habe sich nur in seiner Unschuld dazu verleiten lassen.

Aus ungünstigen Verhältnissen stammend, nimmt die Entwicklung des Schu. einen abnormen Verlauf. Schon sehr früh wird er straffällig, ohne dass er während der zahlreichen Verfahren etwas dargeboten hätte, was seine Zurechnungsfähigkeit hätte in Frage stellen können. Alle Haftstrafen macht er ohne jeden Zwischenfall ab. Beim Militär wird er ein eifriger Lazarettläufer, gerät in den Verdacht, ein Lungenleiden vorgetäuscht zu haben, treibt die Temperaturen künstlich in die Höhe und stellt sein geistiges Licht unter den Scheffel. Erst nach 3 Jahren stellen sich ohne jede äussere Veranlassung — er selbst gibt fälschlicherweise eine Verschüttung an — Anfälle ein, die nicht immer der Anzweiflung der Echtheit zu entgehen vermochten, mit gutem Willen aber der Hysterie zugerechnet werden konnten, während der körperliche Befund für hysterische Anzeichen gänzlich im Stiche liess.

Energisch versucht er dann die Anfälle bis in seine Kindheit zurückzuverlegen und sich auch sonst als geistig nicht normal hinzustellen. Für Alles, was er später vorbrachte, fand sich in den Akten wieder kein Anhaltspunkt, er hatte ganz erheblich zugelernt. In zielbewusster Weise sucht er dann durch die Klippen der Beobachtung durchzusteuern.

Fall 15. Flieger Ferdinand Bu., Schlachter, 37 Jahre. 13 mal wegen Betrugs, Unterschlagung und Diebstahls vorbestraft. Bis März 1916 im Felde. Am 29. Dezember 1916 entfernte er sich auf einem Transport von seinem Truppenteil und meldete sich am 29. Januar 1917 wieder. Seinen Feldwebel beleidigte er später durch Eingaben.

Bei seiner Vernehmung gab er an, er sei nachtblind und bekomme häufig Nervenankfälle. Infolge eines solchen Anfalls habe er auch bei seiner Rückkehr aus dem Felde 3 Tage beim „Roten Kreuz“ gelegen. Auch auf einer anderen Reise sei er in Neu. an ähnlichen Anfällen im Lazarett gelegen. Von 11.—15. Januar habe er in Dü. seine Angehörigen besucht. Dann habe er nach Ha. fahren wollen, habe aber in Es. und Do. wegen seiner Anfälle Aufenthalt

nehmen müssen. Sehr oft wisse er gar nicht, was er tue. Ein Bruder und eine Schwester seien in einer Irrenanstalt gewesen.

Später erklärte er, er habe sich in Na. vom Transporte entfernt, weil ihm übel gewesen sei. Am 4. Januar sei er nach Dü. gefahren und habe dort bis zum 16. Januar in seinem Geschäft gearbeitet. Später habe er noch Verwandte in Kr. besucht, um dann wieder nach Dü. zurückzukehren. Schliesslich sei er mit Aufenthalt in Es. und Do. nach Ha. zurückgefahren. Er gab zu, die beleidigenden Briefe verfasst zu haben.

In der Hauptverhandlung änderte er wieder seine Aussagen. Er wisse nur, dass er sich einige Tage in Dü. aufgehalten habe, und wenn er später andere Angaben gemacht habe, so sei das nur im Schreck und in der Ueberstürzung geschehen. Zeugen hielten ihn für einen Sonderling, den die Kameraden gemieden hätten. Stets habe er sich vom Aussendienst zu drücken gesucht. Dabei habe er immer Krankheit vorgeschützt. Er galt als schlechter Soldat und Drückeberger. Mehrere Zeugen bezeichneten ihn direkt als Simulanten. Auch im Zivilleben bezeichnete man ihn als ganz raffinierten Simulanten, der kein Mittel unversucht lassen werde, sich vom Militärdienste zu drücken.

Eine eingehende Untersuchung seiner angeblichen Nachtblindheit an einer Universitätsklinik hatte ergeben, dass sie höchstwahrscheinlich simuliert sei. Mehrere Angaben seiner Mutter gegenüber, er sei von seiner Firma reklamiert worden, erweisen sich als erlogen.

Aus den Briefen, die bei einer Haussuchung vorgefunden wurden, ging hervor, dass er auf jede Weise versucht hatte, wieder nach Hause zu kommen. Die Mutter solle in einem entsprechenden Gesuche an die Behörde angeben, sie sei schwer krank. In einem Schreiben teilte er seinem Bruder mit, was er bei der Vernehmung über seinen angeblichen Aufenthalt in der Heimat und den Lazaretten während der unerlaubten Entfernung angegeben hatte und schärfte ihnen genau ein, was sie angeben sollten, falls dort Nachforschungen veranstaltet würden. Es könne ja nichts herauskommen, wenn die beiderseitigen Angaben mit einander übereinstimmten. Vor allem sollten sie aussagen, dass er dort viel allein gesessen und seinen Verstand teilweise nicht zusammengehabt habe.

Am 19. 2. hatte er einen Brief an eine Verwandte geschickt mit der Aufforderung, ihn abzuschreiben und an das Gericht nach Ha. zu schicken, von der Mutter unterschrieben. Dies Schreiben solle den Anschein haben, als ob es von ihr ausgegangen sei und einen Beweis für seine geistige Krankheit liefern. Die Mutter solle schreiben, dass er nachtblind sei. Er habe vielfach seine Gedanken nicht zusammen, so dass er nicht verantworten könne, was er so oft in umnachtetem Zustande ausführe. Seine Mutter selbst habe bei ihm häufig, besonders Nachts, Herzkrämpfe festgestellt. Während seines Aufenthaltes in Dü. habe sie oft bei ihm Schwindelanfälle beobachtet, in denen es auch zum Erbrechen gekommen sei. Meistens habe er in dieser Zeit von seiner Schwester phantasiert. Nachts habe er mit Händen und Füßen gearbeitet und sei plötzlich zusammengeschreckt.

Im übrigen waren die Briefe durchaus geordnet und sachlich.

Anstaltsbeobachtung. Keine Intelligenzstörung. Gutes Urteilsvermögen. Umfassende Kenntnisse. Ueber die Vorgänge bei seiner unerlaubten Entfernung wusste er offenbar ganz gut Bescheid, doch tat er meist so, als ob er intensiv nachdenken müsse. Die Stimmung war im allgemeinen gleichmässig. Aeusserlich fiel er nicht auf. Besonders verkehrte er mit einem Beobachtungs-kranken, der sich als grosser Uebertreiber entpuppte. Dem Personal gegenüber war er mit seinen Aeusserungen ausserordentlich vorsichtig. Er führte eine ausgiebige Korrespondenz und suchte verschiedene Briefe an Mädchen in Ha. durchzusahmuggeln. Auch meldete er sich auf eine Heiratsannonce als Bewerber. In Gegenwart des Arztes setzte er ein sehr wehleidiges Gesicht auf. An den Oberarzt einer anderen Anstalt schrieb er einen Brief, der aber tatsächlich für den Beobachter bestimmt war. In diesem äusserte er, er reibe sich vollständig mit seinen Aufregungen und Gedanken auf. Wenn nur jemand an seinem Bette vorbeigehe, fahre er aus dem Schlafe auf. Oft sei er ganz mit den Gedanken weg. Tatsächlich war der Schlaf immer ungestört.

Trotz seiner Nachtblindheit fand er sich stets in den dunkeln Schlafsälen mühelos zurecht und ging Tischen und Stühlen, die absichtlich in seinen Weg gestellt waren, glatt aus dem Wege.

Ueber seine Delikte machte er im wesentlichen dieselben Angaben wie bei seinen gerichtlichen Vernehmungen. Die Beschwerdeschrift habe er tatsächlich geschrieben und mit dem Namen der Mutter unterzeichnet, er sei aber von dieser bevollmächtigt gewesen. Dagegen wollte er von den unerlaubten Entfernungen nichts mehr wissen. Bei der Schilderung seiner angeblichen Erlebnisse auf der Rückreise von Ha. geriet er bald in Widersprüche. In Na. sei ihm schlecht und schwindlig geworden. Kameraden hätten ihn aus dem Zuge getragen. Auch in Lü. und Aa. sei er liegen geblieben. In Ne. sei ihm dann wieder schlecht geworden. Sein schlechtes Befinden in Dü. schilderte er in den schwärzesten Farben. Als er dann nach Kr. gefahren sei, habe er sich auch dort zu Bett legen müssen. Auch auf der Weiterfahrt habe er mehrfach halt machen müssen und sei in Lazaretten und Krankenhäusern behandelt worden, er könne sich aber nicht mehr entsinnen, wo das gewesen sei, er sei immer viel zu erschöpft und verwirrt gewesen.

Seit dieser angeblichen Serie von Krankheiten ist er in der Garnison weder im Lazarett noch im Revier jemals mehr behandelt worden.

Als ihm der Brief vorgehalten wird, in dem er die Angehörigen über sein angebliches Verhalten während desurlaubes instruiert, wird er zunächst verlegen, dann meint er, das sei alles falsch aufgefasst, er habe seine Mutter nur an diese Zeit erinnern wollen, denn diese sei so schwachsinnig, dass sie nicht mehr alles richtig aussagen könne. Auch sonst hatte er, wenn er auf Widersprüche aufmerksam gemacht wurde, stets eine andere Antwort zur Hand. In seine Vorgeschichte trug er noch eine Menge von nervösen Beschwerden hinein, die sich später als erdichtet erwiesen.

Abgesehen davon, dass es in ethischer und moralischer Beziehung um Bu. sehr schlecht bestellt gewesen war, so dass er oft wegen Be-

trugs vorbestraft war, bei den Zivilbehörden als gerissener Simulant galt und beim Militär als gemeiner Drückeberger erschien, bietet seine Vorgeschichte nichts dar, was ihn einer Psychose zuweisen könne. Selbst die geringen nervösen Beschwerden, die er vorbringt, sind fraglos in der grössten Weise übertrieben, wie auch seine Nachtblindheit rein simuliert war.

Wenn er seine Entfernung mit einem Dämmerzustande entschuldigen wollte, fehlte es zunächst wieder an jeder Grundlage, auf der sich ein solcher zwanglos aufbauen sollte. Allmählich fand er für den grössten Teil der fraglichen Zeit die Erinnerung wieder, nur dass er jetzt alle möglichen Krankheitszustände in diese Zeit einzuschieben versucht, für die sich wieder nicht der geringste Anhaltspunkt ermitteln lässt.

Im Uebrigen beschränkt er sich nicht darauf, eine fingierte Vorgeschichte zum Besten zu geben, sondern bemühte sich auch, seine Verwandte zu Aussagen zu veranlassen, die diesen die nötige Glaubwürdigkeit verschaffen sollten.

Die gewandte und zielbewusste Art, in der er seinen Zweck zu erreichen suchte, hätte, falls bei ihm die Anklage auf Simulation gestellt worden wäre, wahrscheinlich zur Verurteilung geführt, da seine Absicht sich dem Dienste zu entziehen, ganz offen auf der Hand lag.

Fall 16. Theodor Pö., Telegraphist, 38 Jahre. 16. 11. 1916 wegen Fehlens bei der Gestellung zur Vernehmung befohlen, erschien er nicht. Nach Aussage der Mutter war er krank. Von Mitarbeitern war er zur selben Zeit in der Stadt gesehen worden. Verhaftung. 31. 1. 1917 gab er an, er habe sich gestellt, sei aber nicht verlesen worden. Als das „Publikum“ aufgefordert worden sei, den Platz zu verlassen, sei er einfach fortgegangen. Schon am 16. 11. 1916 sei er krank gewesen, er leide an Herzschwäche, Rheumatismus und Leberkranksein. In einem Atteste wurde ihm bescheinigt, er sei gelegentlich wegen Bruströhrenkatarrh behandelt worden.

16. 5. 1917 sollte Hauptverhandlung sein. 14. 5. verliess er die Kaserne in Ve. 17. 5. telegraphierte die Mutter, er liege in unnormalem Zustande im Bette. Er erklärte, er könne nicht sagen, weshalb er sich entfernt habe. Er sei sicher stark herz- und nervenleidend gewesen.

Anstaltsbeobachtung. Zuerst wollte er überhaupt nicht wissen, dass ein Verfahren gegen ihn schwebte. Erst nach längeren Verhandlungen gab er das zu. Den Inhalt der Vernehmungen in den Akten erkannte er nicht an. Unterscriben habe er sie, aber das beweise nichts.

Von den übrigen Kranken hielt er sich etwas ferne und sass mit mürrischem Gesichtsausdrucke in den Ecken herum. Auch dem Wartepersonal gegenüber beobachtete er eine würdige Zurückhaltung. Die Stimmung war leicht gedrückt. Manchmal gab er überhaupt keine Antwort, sondern starrte den Fragenden mit ungewissem Gesichtsausdrucke an. Ab und zu klagte er

auch über Kopfschmerzen. Irgend welche anfallsartige Erscheinungen oder Störungen des Bewusstseins waren nicht wahrzunehmen.

Bei den Untersuchungen nahm er sich zu den Antworten sehr lange Zeit und gab vorsichtig und mit lauernden Blicken Antwort. Häufig wollte er die einfachsten Fragen nicht verstehen oder fasste sie falsch auf. Dabei stellte sich immer wieder heraus, dass er ganz genau wusste, um was es sich handelte. Auch sonst hatte er das unverkennbare Bestreben, um die Sache herumzureden. In den Zwischenpausen des Gespräches entquollen beständig tiefe Seufzer seiner Brust. Ermüdungserscheinungen waren am Ende der Unterredung nicht festzustellen. Die körperliche Untersuchung ergab nicht die geringste Abweichung von der Norm. Bis zum 10. Jahre wollte er Bettnässer gewesen sein. Später habe er lange an einem chronischen Husten und Rheumatismus gelitten, von dem ein schwerer Herzfehler zurückgeblieben sei. Dazu sei Asthma gekommen und schliesslich habe sich eine fürchterliche Ichias dazu gesellt. Er sei überaus schwächlich gewesen. Im vergangenen Jahre sei ihm eine Kiste auf den Rücken gefallen. Auch habe er sich einmal gegen den Arm gestossen, sodass er jetzt noch dauernd die entsetzlichsten Schmerzen habe. Immer habe er sich von der Welt zurückgezogen. Trotzdem habe er die wahnsinnigsten Kopfschmerzen gehabt, mitunter auch solche Stiche in der Seite, dass es geradezu eigentümlich gewesen sei. Jeden Witterungswechsel habe er in seinen Lungenflügeln gespürt. Die Stimmung sei bei ihm immer hauptsächlich geradezu niedergeschlagen gewesen. Immer habe er sich die wüstesten Gedanken gemacht wegen seines Magens, der infolge seiner so schlechten Zähne ihm jahrelang die peinlichste Last gemacht habe. So habe der Schlaf ihn oft geflohen, da seine Nerven so überaus gelitten hätten und er mit seiner Verdauung so fürchterlich schlecht bestellt gewesen sei.

Trotzdem gesteht er schliesslich ein, dass er eine gesellige Natur gewesen sei. Er war in einem Turn-, Gesang- und Theater-Verein und hatte seinen Stammtisch. Ins Feld sei er nicht gekommen, wahrscheinlich weil er so furchtbar krank gewesen sei. Während des ganzen Dienstes, der ihm unmässig auf die Nerven gegangen sei, sei er immer so hin- und hergeschwankt.

Weshalb er hierher gebracht worden sei, könne er sich nicht denken. Mit dem Gerichte habe er gar nichts zu tun, er sei noch nie gerichtlich vernommen worden, noch nie habe er etwas unterschrieben. Als ihm dann energisch eröffnet wird, dass er genau wisse, um was es sich handle, sieht er den Arzt längere Zeit überlegend an und erklärt dann schliesslich kleinlaut: „ja, darüber habe ich eine ganze Akte.“

Schliesslich stellt sich dann heraus, dass er über alle Einzelheiten genau Bescheid weiss. Zuletzt sei er von Ve. fortgegangen, weshalb, könne er nicht sagen. Mittags um 4 Uhr sei er abgefahren, da sei gerade ein Personenzug losgegangen. In Ha. habe er sich nicht aufgehalten und sei weitergefahren. Er habe Umwege machen müssen, weil die Bahn gar nicht gefahren sei. So sei er nach Oberhausen gekommen, von da weiter nach Cöln, von Cöln nach Bonn. Von Bonn sei er wieder zurückgefahren nach Oberhausen, von da nach Hamm und da dort kein Anschluss war, sei er wieder nach Cöln gefahren.

Von Cöln sei er nach Koblenz gereist, von da nach Bonn, von Bonn wieder zuruck nach Koblenz, dann wieder nach Oberhausen, von da nach Löhne und schliesslich sei er über Osnabrück nach Bremen und dann zurück nach Münster gefahren.

Dazu habe er zwei Tage gebraucht. Er sei dabei immer in Uniform gewesen und nur im Besitze einer Bahnsteigkarte gewesen. In Münster, wo er genau Bescheid gewusst habe, sei er dann auf der letzten Seitentreppe heruntergegangen. Nachts sei er immer durchgefahren. Gegessen habe er nur einmal auf dem Bahnhofe in Oberhausen beim „Roten Kreuz.“ In Münster sei er dann nach Hause gegangen und habe sich zu Bette gellegt. Am nächsten Tage sei er spazieren gegangen. An diesem Tage habe man ihn abgeholt und ins Lazarett gesteckt. Er sei nur weggegangen, weil man ihm den Urlaub immer abgeschlagen habe. Auch habe er nichts zu essen gehabt. Er sei so die Kreuz und Quer gefahren, weil er nicht anders gekonnt habe. Die Züge seien alle nicht „so“ gefahren, und so habe er keinen Anschluss bekommen können. Krank sei er dabei insofern gewesen, als er sich schlecht gefühlt habe. Sonst aber könne er sich an die Einzelheiten der Fahrt ganz genau erinnern.

Nachdem Pö., der alle möglichen körperlichen Krankheiten zur Erhärtung seiner geistigen und körperlichen Leistungsunfähigkeit vorgeführt und das ganz ausgesprochene Bestreben verraten hatte, sich kränker hinstellen als er in Wirklichkeit war, zunächst versucht hatte, das ganze gegen ihn schwebende Verfahren in den Mantel eines totalen Erinnerungsausfalles zu hüllen, sucht er später seine Entfernung von der Truppe plötzlich als ein so sinnloses Hin- und Herfahren hinstellen, dass daraus ohne weiteres ein krankhafter Geisteszustand hätte gefolgert werden können. Während er früher mit Erinnerungsausfällen zu wirken versuchte, wollte er jetzt genau Bescheid wissen und fand sogar noch einen Beweggrund für sein Handeln. Die Durchführung des Reiseprogramms, wie er es abgewickelt haben wollte, war an und für sich ganz unmöglich.

In der Hauptverhandlung, in der durch Zeugen festgestellt wurde, dass er in der ganzen Zeit in Mü. gewesen war und sich durchaus geordnet benommen hatte, verzichtete er auf den Schutz seiner geistigen Störungen und nahm die Strafe widerstandslos an.

Fall 17. Trainfahrer Otto El., Automobilfahrer, 32 J., 8. 1. 1917 entfernte er sich aus seinem Quartier in Ha. 9 Tage später traf ihn ein anderer Fahrer auf der Strasse und veranlasste ihn, zur Truppe zurückzukehren. 8. 2. entfernte er sich wiederum, fuhr nach Br. und wurde nach 10 Tagen im Bette, angeblich schwer krank angetroffen. Längere Lazarettbeobachtung.

Als er aus dem Reservelazarett zu seiner Truppe geschickt wurde, fuhr er nicht nach Ha., sondern nach Br. und hielt sich dort 5 Wochen auf. Er wollte in unbewusstem Zustande gehandelt haben.

Bei seiner Vorführung vor dem Gerichtsoffizier „spielte er den vollkommen Gestörten“. Er behielt trotz des Befehls, militärische Haltung anzunehmen, die Hände auf dem Rücken, auf alle an ihn gerichteten Fragen erklärte er: „ich will meine Kartoffeln, mein Pferd und meinen Wagen wiederhaben“. Dabei schlug er mit der Faust auf den Tisch und lief im Zimmer herum. Da El. „offenbar simulierte“, wurde er festgenommen.

Später gab er an, er wisse noch, dass er in Il. entlassen worden und in einen Zug gestiegen sei. Dann müsse er sich über irgend etwas erschreckt haben. Von dem Augenblicke an wisse er nichts mehr. Erst seit Beginn der Vernehmung sei er wieder bei Bewusstsein. Er sei in Frankreich verschüttet worden, seitdem habe er häufig Zustände, in denen ihm jedes Bewusstsein fehle.

Anstaltsbeobachtung. Bei der Aufnahme war er vollkommen orientiert. Er hatte u. A. aus freien Stücken angegeben, seine Frau habe am nächsten Tage Geburtstag und man möge sie doch zum Besuche zulassen. Er gab dem Personal an, er sei früher in Il. gewesen, wo man sein Bein massiert habe, das steif gewesen sei. Von dort sei er zu seiner Truppe entlassen worden, habe sich aber dort nicht gemeldet.

Dem Arzte erzählte er, in der Champagne sei ihm ein Stück Eisen auf den Kopf gefallen. Einmal sei er bestraft worden, da solle er irgend etwas begangen haben, was ihm später als Strassenraub ausgelegt worden sei.

Anfangs 1915 sei er nach Frankreich gekommen, wohin wisse er nicht, könne die Dinger ja doch nicht behalten. Später habe er in Russland bei der grossen Offensive gestanden. Einmal Durchschuss durch das Bein. Wann er in der Champagne gewesen sei, könne er nicht sagen, da müsse er mal nachfragen. Ob er nach seiner Verletzung in ein Lazarett gekommen sei, sei ihm entfallen. Wann er nach der Heimat gekommen sei, könne er nicht angeben, er wisse nur, dass er plötzlich in Br. in einem Lazarette gelegen habe. Wie lange, sei ihm unbekannt „Sie müssen danach meine Frau fragen“. Dann sei er in eine Nervenanstalt gekommen. Alle Einzelheiten seien ihm ganz aus dem Gedächtnis verschwunden. Wie er von dort fortgekommen sei, das sei ihm gänzlich unklar, obgleich er garnichts anderes getan habe, als darüber nachzudenken. Er sei zu sich gekommen, als er in einem vergitterten Loche gesessen habe. Das sei nun der Dank dafür, dass er das viele Blut für das Vaterland vergossen habe. Auf die Frage, ob er nicht wisse, dass er von der Truppe fortgelaufen sei, erklärte er mit hohlem Pathos, er sei kein Fahnenflüchtling. Er wisse, dass er einmal vor dem Gerichtsoffizier gewesen sei. Schliesslich habe man ihn hierher in einem Kutschwagen gefahren.

Bei der ganzen Unterhaltung hatte er überaus sondierend und abwägend, dabei verdrossen und mürrisch geantwortet, obgleich er in der vorsichtigsten und liebevollsten Weise befragt wurde.

Jetzt erklärte er auf die Frage, weshalb er denn in der Anstalt sei: „Wie kommen Sie dazu, mich zu fragen, sind Sie Staatsanwalt“. Als ihm das verwiesen wurde, erging er sich in freche Redensarten. Dem Befehle zu schweigen, folgte er einem Augenblick, schlug dann aber mit der Faust auf den Tisch und

begann wieder heftig zu schimpfen. Als der Arzt ihm befahl das Zimmer zu verlassen, ging er mit geballten Fäusten auf ihn zu. Als er kräftiger angeschnauzt wurde, sah er sich den Arzt einen Augenblick an, und verliess das Zimmer. Den anderen Kranken erzählte er triumphierend, wie er es dem Arzte gegeben habe, am anderen Morgen wollte er nichts mehr davon wissen.

Meist erschien er mürrisch und verdrossen. Von selbst sprach er wenig. Wenn er angeredet wurde, erwies er sich als ein intelligenter Mensch. Im allgemeinen war er sehr anspruchsvoll. Dem Personal leistete er beständig passiven Widerstand, die anderen Kranken hetzte er auf, als fanatischer Anhänger Ledebur's schimpfte er beständig über Staat und Militär. Die einzigen Spontanäusserungen, die er dem Wartepersonal machte, bestanden darin, dass er wiederholt über seine lästigen „Dämmerzustände“ klagte. Keine anfallsartigen Erscheinungen.

Nach abgeschlossener Beobachtung wurde er am 10. 8. 17 vernommen. Bei dieser Vernehmung machte er durchaus zutreffende Angaben und fiel in keiner Weise auf. Nach der Vernehmung entwich er aus dem Militärgerichtsgebäude.

Am 24. 10. 17 wurde er in He. im Reservelazarett abends im Dunkeln in der Nähe des Hauseingangs aufgefunden. Er gab keine Antworten und „stiess mit Händen und Füssen um sich“. Nach einiger Zeit gab er Antworten, aber immer ohne jeden Zusammenhang mit der gestellten Frage. Später wiederholte er auf alle an ihn gestellten Fragen, er wolle zu den Franzosen, die kämen sonst ins Land und daran sei sein Fortbleiben schuld. Meist sass er starr im Bett und schien sich nicht um seine Umgebung zu kümmern.

Auf Befragen erzählte er, er habe vor 2 Jahren in Frankreich gegen Schwarze gekämpft und eine Kopfverletzung durch Messerstich davongetragen (keine Narbe). Was seitdem mit ihm geschehen sei, könne er nicht sagen.

Diagnose: Epilepsie mit Verdacht auf Dämmerzustand. In der Lazarettabteilung taute er bald auf. Im Verkehr mit den übrigen Kranken vollkommen geordnet. Sobald der Arzt kam, blieb er andauernd wie ratlos liegen. Ueber seine Vorgeschichte machte er verworrene Angaben. Was in den letzten Monaten mit ihm geschehen war, wollte er nicht wissen. Der Gesichtsausdruck war oft lauernd und beobachtend. Keine krampfähnlichen Zustände. In der Irrenabteilung Lu. machte er einige Angaben über seine Vorgeschichte. Er war bestrebt, alles, was mit seiner Krankheit zusammenhing, möglichst unklar darzustellen. Diagnose: Hysterie.

In La. war er ziemlich mürrisch und zurückhaltend. Dem Wartepersonal gegenüber erzählte er, er habe für die ganze Zeit keine Erinnerung. Als er dann nach dem allgemeinen Aufenthaltssaale verlegt wurde, war er strahlender Laune, unterhielt sich lebhaft und führte das grösste Wort. Dabei las er die Zeitung und spielte fleissig und mit Erfolg Skat. Keine Stimmungsschwankung. Keine Reizbarkeit. In Gegenwart des Arztes senkte sich eine düstere Schwermut auf ihn herab, die sofort verschwunden war, sobald jener das Zimmer verlassen hatte. Schlaf und Appetit ausgezeichnet. Keine Anfallserscheinungen. Nachdem er eine mehrmonatige Untersuchungshaft ohne Störung durchgemacht

und sich in der Hauptverhandlung sehr eingehend auf die Dämmerzustände berufen hatte, wurde er zu 9 Monaten Gefängnis verurteilt.

Bei der ersten Beobachtung hat El. ohne jede Frage einen Erregungszustand in ähnlicher Weise vorzuführen versucht, wie er ihn nach der Entweichung zur Erhärtung seiner krankhaften Veranlagung dem Gerichtsoffizier vorgespielt hatte. Die Tatsache, dass er, als er die Sachlage überschaute, sich zu beherrschen wusste, sein ganzes Verhalten bei diesem künstlichen Erregungszustande und die Art und Weise, wie er nachher darüber sprach, beweisen am besten, dass dieser Zustand nicht ernst genommen zu werden brauchte.

Beim zweiten Male hat er entschieden dazugelernt. Vorher waren bei ihm nie nervöse Erscheinungen, geschweige denn Krämpfe aufgetreten. Jetzt befällt ihn der Anfall glücklich Abends in der Dunkelheit, nachdem er am Ende seines Dämmerzustandes ausgerechnet an der Türe eines ihm unbekannten Lazarettes gelandet und ärztliche Beobachtung nicht zu erwarten ist. Sonst kommt in den Lazaretten nie ein Anfall zur Beobachtung, so dass die Diagnose, die zuerst auf Grund seiner Angaben auf Epilepsie gestellt worden war, nur auf Grund des körperlichen Befundes zur Hysterie überging. Nachdem er einen Verwirrheitszustand durchgemacht hat, der zum mindesten sehr anfechtbar erscheinen muss, schält sich eine Amnesie heraus, die sich zunächst auf 2 Jahre erstrecken soll und schliesslich auf die letzten Monate zusammenschrumpft. Durch das sonstige Verhalten El.'s wurde sie gerade nicht glaubhafter und wenn man dem langen Dämmerzustand nicht die Echtheit zuerkennen wollte, so war das sicherlich keine zu weitgehende Skepsis. Seitdem ist er auch, bis jetzt wenigstens, nicht mehr strafbar geworden und scheint vorläufig seinen Krämpfen und Dämmerzuständen Valet gesagt zu haben.

Die hier angeführten Fälle stellen nur einen geringen Teil der hier beobachteten angeblichen Dämmerzustände dar, denen der Glaube versagt werden musste.

Es liegt in der Natur dieser Zustände, dass man sich nicht immer zu einer sicheren Entscheidung durchringen kann. Es ist selbstverständlich, dass man hier oft dem Grundsatz des in dubio pro reo seine Bedeutung zukommen lassen muss.

Die Vorführung anderer Psychosen erfolgte mal seltener und in den vereinzelt Fällen, die hier in Betracht kommen, handelte es sich meist um wenig scharf ausgeprägte Krankheitsbilder. Glücklicherweise ist die Kenntnis der psychischen Krankheiten noch nicht so sehr ins Volk gedrungen, dass das Repertoire der Simulanten eine zu störende Vielseitigkeit erlangen kann.

Fall 18. Ulan Heinrich Ko., Schreiner. Lernte auf der Schule gut. War immer leicht empfindlich. Potus, Lues, Trauma negiert. Während seiner aktiven Dienstzeit 1910 erkrankte er häufig an allen möglichen körperlichen Krankheiten. Führung sehr schlecht. Als er sich für einen Tag von der Truppe entfernt hatte, wurde er auf seinen Geisteszustand beobachtet. Er wurde zwar für zurechnungsfähig, später aber für dienstunfähig erklärt. Nach Ansicht der Polizei war er allgemein dafür bekannt, dass er sich systematisch um die Arbeit herumdrücke.

Mit Kriegsausbruch trat er kriegsfreiwillig ein. September 1915 wegen angeblicher Bewusstseinsstörung in La. Negativer Befund.

Januar 1916 schoss er sich eine Kugel in die Brust, nachdem er sich ohne Urlaub entfernt hatte, weil er angeblich mit Vorgesetzten Reibereien gehabt hatte. Während der langen Lazarettbehandlung war er körperlich hinfällig, nervös, unzufrieden.

13. 11. 1910 entfernte er sich von der Truppe, hielt sich zeitweise bei einer Freundin seiner Frau auf, mit der er ein Verhältnis hatte, schrieb von Flensburg und Frankfurt mehrere Karten an seine Frau und wurde schliesslich in Frankfurt festgestellt, wo er sich bei seiner Mutter aufhielt. Schliesslich telegraphierte er seinen Angehörigen aus Würzburg, er werde in der nächsten Nacht in Hannover eintreffen. Hier verhaftet.

Er erklärte, sich entfernt zu haben, weil er nicht ins Feld gekommen sei.

Anstaltsbeobachtung. Sehr redselig, mischt sich in alle Gespräche und spielt den erfahrenen Weltmann. Keine Intelligenzstörung. Ausgezeichnetes Gedächtnis.

Seine Entfernung entschuldigte er mit seiner Nervenkrankheit. Ein Sergeant habe ihn so schikaniert, dass er den Selbstmordversuch gemacht habe. Am Tage vor seiner Entfernung habe er seinen Dienst getan, ohne dass etwas Besonderes vorgekommen sei. Am anderen Morgen habe er sich plötzlich im Zuge nach Fr. angefundnen.

Die Einzelheiten der folgenden Zeit gab er ganz genau an. Er habe immer versucht, an die Front zu kommen, es sei ihm aber nicht gelungen. Darauf habe er sich selbst gestellt.

Das Gutachten billigte ihm eine starke Nervenschwäche zu. Bei der Entfernung von der Truppe könne er sich höchstens im Anfange in einem Dämmerzustande befunden haben.

Verurteilung zu 7 Monaten Gefängnis. Aus dem Gefängnisse wurde er nach Bochum in ein Lazarett geschickt, in dem er 5 Monate arbeitete. Dann wieder zu seiner Ersatzeskadron.

Schliesslich entfernte er sich von der Truppe, nachdem er zusammen mit einem Sergeanten Unterschlagungen begangen hatte. Bei der Verhaftung fand man viele Urlaubsscheine, die er von einem Unteroffizier abgestempelt gekauft haben wollte. Er selbst hatte die Unterschrift des Rittmeisters vollzogen und eine ganze Menge verschiedener Daten ausgefüllt, um die entsprechenden Brotmarken bekommen zu können. Er gab an, er habe zu seiner Familie gewollt. In Gemeinschaft mit dem Sergeanten beging er weiterhin mehrere Betrügereien.

Ende September entfernte er sich von neuem mit gefälschtem Urlaubschein. Ausserdem hatte er sich Sergeantentressen aufgenäht. In Hildesheim wohnte er 5 Tage in einem Hotel. Mit einem Mädchen, mit dem er sich verlobte, fuhr er zu deren Eltern. Dort blieb er 14 Tage und beschäftigte sich mit Feldarbeiten. Später trieb er sich in Braunschweig mehrere Wochen herum und beging mehrere Diebstähle. Schliesslich wurde er in einem Bäckerladen verhaftet, als er gerade einen Diebstahl begangen hatte.

In der Untersuchungshaft schrieb er an seine „Braut“ einen geordneten Brief, in dem er mitteilte, er sei in Untersuchung wegen unerlaubter Entfernung und Diebstahls. Man habe ihn zu allerhand Schlechtigkeiten benutzt und nachher im Stiche gelassen.

Jetzt erschienen ihm die grauenhaftesten Bilder. „Weisst du was davon oder hast du mal gelesen, ich hätte jemand umgebracht? Mir kommt es wirklich bald so vor. Jede Nacht erscheint mir eine Wirtschaft mit einem toten Manne, dem Wirt.“

Da in der letzten Zeit ein Wirt ermordet worden war, wurde er daraufhin vernommen. Er habe in der Wirtschaft verkehrt. Es sei leicht möglich, dass er am Wirt einen Mord begangen habe.

Zunächst beschrieb er mit verblüffender Genauigkeit eine ganze Menge von Schmuckgegenständen, die bei dem Raubmorde gestohlen worden waren. Er habe diese Gegenstände während seines Aufenthaltes in Br. versetzt. Die Tat habe er zusammen mit zwei Leuten verübt, die er genau beschrieb. Er könne nicht abstreiten, dass er den Wirt ermordet habe, es aber auch nicht zugeben. Da er Kopfschmerzen hatte, gaben ihm die Spiessgesellen mehrere Kognaks und verscheuchten durch hypnotische Striche die Schmerzen. Was dann passiert sei, könne er nicht genau sagen. Als er wieder zu sich gekommen sei, sei er mit seinen beiden Gefährten in einem Kaffee gewesen. Sie hätten ihm 600 M. gegeben und gesagt, dass er sich das redlich verdient habe. Er habe sich gewundert, dass seine Hände so rein gewaschen waren und einen so scharfen Moschusgeruch hatten. Später schilderte er dann noch, wie er einen Wortwechsel mit dem Wirt gehabt habe. Dann könne er sich nur entsinnen, dass er den Wirt habe im Blute liegen sehen.

Später hob er die Schuld auf eine Witwe, mit der er schlecht stand. Er habe den Wirt erst durch einen provozierten Streit in ein Handgemenge verwickelt und dann erstochen.

Als ihm die Mordtaten der letzten Zeit vorgehalten werden, gestand er auch noch einen Mord an einer Verkäuferin ein und beschrieb auch diesen mit allen Einzelheiten. Auch habe er vor 9 Wochen noch ein Mädchen ermordet, mit dem er verkehrt habe. Schliesslich gab er noch ein Mädchen zu, das er vor einigen Jahren in Br. totgeschlagen. Vorher habe er mit ihr geschlechtlich verkehrt und als sie gesagt habe, dass sie schwanger sei, habe er sie einfach erwürgt. Ausserdem könnten in Flandern noch zwei weitere Fälle passiert sein, in denen er Mädchen ermordet habe.

In einer Reihe von weiteren Vernehmungen über diese Mordtaten machte er immer genaue Angaben. Dabei beteuerte er, es handele sich bei ihm nicht

um Einbildung. Nach den ausserordentlich umfangreichen Nachforschungen war er an diesen Morden gar nicht beteiligt.

Mittlerweile beging Ko. am 14. 12. 1917 einen Selbstmordversuch durch Erhängen.

Nach abgeschlossener Beobachtung, die sich auch darauf erstrecken sollte, ob er simuliere und durch die Verlegung nach La. eine Entweichung ermöglichen wollte, gab der Untersuchungsgefangene, der mit Ko. zusammen geschlafen hatte, an, dass dieser nach seiner festen Ueberzeugung simuliere.

Er hatte verschiedene Male gesagt, er werde schon dafür sorgen, dass er nach La. komme und wenn er jetzt zum 3. Male dort beobachtet werde, sei es ganz sicher, dass er auf Grund des § 51, den er wörtlich anführte, freigesprochen und was die Hauptsache sei, ganz vom Militär entlassen werde. Der Selbstmordversuch sei offenbar simuliert worden. Am Tage nach dem Selbstmorde hatte Ko. ausführlich besprochen, wie man es am besten anfangen, um nach La. zu kommen. Dabei war besonders von Selbstmordversuchen die Rede gewesen, die das sicherste Mittel seien.

In der darauf folgenden Nacht stieg Ko. aus dem Bette, befestigte eine Verbandbinde am Heizrohr, legte sie um den Hals und setzte sich auf einen Schemel. „Darauf fing er an, mit dem Schemel hin- und herzureiben, offenbar um mich aus dem Schlaf zu wecken, damit ich dann zur Hand sein sollte.“ Schliesslich warf er den Schemel mit lautem Gepolter in die Zelle, indem er sich an die Schlinge hing und die Zunge herausstreckte. „Dabei kniete er aber auf den Knien und hielt sich sogar fest.“ Er wurde von den anderen Gefangenen sofort losgemacht.

Anstaltsbeobachtung. Vor seiner Ueberführung steckte er dem Transporteur noch einen Brief an seine Braut zu. In diesem Briefe schrieb er ganz geordnet, gab ihr gute Ratschläge und bat, ihn in La. zu besuchen. Dabei beschrieb er diese Besuchsgelegenheit auf das Genaueste. Irgend eine Andeutung für eine Depression oder Wahnideen ist in diesem Briefe nicht vorhanden.

Anstaltsbeobachtung. Bei der Aufnahme ruhig und orientiert, nicht gehemmt, nicht niedergeschlagen. Keine Strangulationsmarke. Auch während der späteren Beobachtung ruhiger und gleichmässiger Stimmung, meist ziemlich ernst, aber ohne jede Angst oder Niedergeschlagenheit. Er schlief ganz gut. Manchmal lag er wach, war aber ganz ruhig, nicht ängstlich, traurig, schreckhaft, kurzum er liess in nichts erkennen, dass er unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen gestanden hätte: er führte keine Selbstgespräche, sah nicht in die Ecken, sprach mit der Nachtwache ohne jede Spur von Affekt und machte keine abwehrenden Bewegungen. Manchmal erzählte er in ganz gleichgültigem Tone, der Geist sei dagewesen, schlief aber hinterher ganz ruhig ein. Sobald er in das Zimmer zu den übrigen Kranken kam, wurde er sofort sehr guter Stimmung und unterhält sich lebhaft.

In den Unterhaltungen gab er prompt Auskunft, ohne im geringsten gehemmt oder von seinen Gedanken in Anspruch genommen zu sein. Er fasste

glatt auf, sein Gedächtnis war geradezu glänzend, seine Urteilsfähigkeit tadellos. Stimmung im allgemeinen gehalten. Nur als er auf seine angeblichen Mordtaten kam, wurde er sehr aufgekratzt.

Schon bei der ersten Entweichung habe er unter dem Einflusse der quälendsten Erscheinungen gestanden, er habe es nur Keinem gesagt. Beim zweiten Male sei es so schlimm geworden, dass er sich gar keinen Rat gewusst habe, er sei geradezu verfolgt worden.

Nachdem er mit dem Sergeanten die gestohlenen Gegenstände versetzt habe, habe er stark gezechet. In der Nacht darauf habe es in ihm so herumgemacht wegen des Mordes. Da seien ihm der Wirt H. und die Wärterin G. im Traum erschienen. Zuerst habe er es nur für einen Traum gehalten, es sei aber immer schlimmer geworden. Von den beiden Mordtaten habe er nichts in der Zeitung gelesen, da sei er gerade in Bochum gewesen. Wenn er zuletzt ruhig gesessen habe, seien ihm die Bilder erschienen, gesprochen hätten sie nichts.

Schliesslich habe er sich gesagt: „Du bist ein Mörder, du hast es getan, auch bist du schon in La. gewesen.“ Da er ja doch unter allen Umständen geschnappt werden würde, habe er beschlossen, das Leben noch einmal ordentlich zu geniessen. Deshalb habe er sich auch die Sergeantenuniform angezogen, damit er bei den Weibern einen tieferen Eindruck machen könne. Die Mordgedanken hätten ihn nie verlassen und besonders in der Haft habe er besonders gut darüber nachdenken müssen. Da habe er gedacht, er müsse sein Gewissen erleichtern und an eine Freundin geschrieben. Er habe gewusst, dass die Briefe nachgesehen würden und da habe der Untersuchungsführer es erfahren müssen. Der habe ihm gesagt, das Leugnen helfe ihm doch nichts, er solle nur alles eingestehen. Wie er dazu gekommen sei, die Sache in allen Einzelheiten zu erzählen, könne er nicht sagen. Er sei immer gefragt worden und bei den meisten Fragen habe er nur ja oder nein zu sagen gebraucht. Im übrigen aber habe er sich die Einzelheiten alle ausgedacht und das habe ihm immer mehr Spass gemacht. Er habe schon immer ein ausgezeichnetes Gedächtnis und eine sehr starke Phantasie gehabt und seine Mutter habe ihm prophezeit, er werde noch einmal an der Phantasie zugrunde gehen. So habe er die Morde erzählt, die er sich habe zuschreiben müssen. Wie er dazu gekommen sei, später noch die anderen Mordtaten anzugeben, könne er nicht sagen. Deren Geister habe er nicht gesehen. Der Untersuchungsführer habe immer nur gefragt und sei so ausserordentlich erfreut gewesen über das Ergebnis der Untersuchung und er habe dann nicht den Spass verderben wollen. Schliesslich habe man nachgewiesen, dass er die Taten nicht begangen haben könne. Trotzdem müsse etwas an der Sache sein, denn die beiden Geister erschienen noch jeden Abend an seinem Bette und machten ihm Angst. Wenn er jetzt noch einmal in das Gefängnis kommen werde, werde er eine furchtbare Gewalttat begehen.

In der Hauptverhandlung stellte sich heraus (nachdem er wieder mehrere Monate in Untersuchungshaft gewesen war, ohne dass die geringsten Zeichen einer Haftpsychose aufgetreten wären), dass er als Rentenempfänger überhaupt

nicht mehr zum Militärdienste verpflichtet gewesen und infolgedessen auch nicht imstande gewesen war, sich seiner Dienstpflicht zu entziehen. Das Verfahren wurde daher vorläufig eingestellt.

In der Verhandlung war Ko. sehr aufgeräumt, kam mit seinen Geistern nicht mehr heraus und wollte auch von den Selbstbezeichnungen nichts mehr wissen.

Wenngleich Ko. wieder ein ausgesprochener Psychopath war, dem eine recht beträchtliche Neurasthenie zugute gehalten werden musste und durch einen ernstlichen Selbstmordversuch dargetan hatte, dass mit seinen Affektentladungen nicht zu spassen war, verfügte er über eine recht erhebliche Intelligenz und musste als ein gerissener Geselle bezeichnet werden, dem es zuzutrauen war, dass er mit seiner Mitwelt gelegentlich gerne etwas Theater spielte.

So hatte er schon durch den ersten „Dämmerzustand“, in dem er ohne jedes Vorbild in seiner Vergangenheit gleich für mehrere Monate seine Erinnerung verleugnete, gezeigt, dass man seine Angaben nur mit grosser Vorsicht aufnehmen durfte. Der spätere Selbstentleibungsversuch konnte nur als Selbstmordattrappe bezeichnet werden.

Gewiss müssen die Aussagen von Mitgefangenen ja immer nur mit grosser Vorsicht bewertet werden. Man ist bei ihnen nie sicher, dass sie nicht aus egoistischen Gründen ihre Mitgefangenen denunzieren¹⁾. Aber dieser Selbstmordversuch war doch nur das Schlussglied in einer Kette von Bemühungen des Angeklagten, ihm wieder die Beobachtung in der Irrenanstalt zu erwirken, und eine Reihe von ähnlichen Selbstmordversuchen bei Einlieferungen aus dem Militärgefängnis in der nächsten Zeit bewies, dass die Bedeutung des Suizids den dortigen Interessenten kein Geheimnis geblieben war.

Wichtiger waren die Selbstbezeichnungen des Mannes, die ihm zu guter Letzt denn auch in den Hafen der Irrenanstalt einlaufen liessen. Auch sie waren sicherlich nicht ganz auf normalem Boden erwachsen. In erster Linie entspringen sie seinem Bestreben, sich interessant zu machen, — wusste er doch genau, dass ihm nichts Ernstliches geschehen konnte. Dazu kam seine Freude, den Untersuchungsrichter, mit dem ihn keine schwärmerische Zuneigung verband, so restlos aufsitzen zu sehen. Vor allem aber bezweckten die in seinem Schreiben so ostentativ geäusserten Sinnestäuschungen, ihm wieder die nähere Beobachtung seines Geisteszustandes zu erwirken. Er erreichte es denn auch zu guter Letzt, dass man seine Selbstbezeichnungen als Teilerscheinung eines

1) Klein, Ueber psychische Störungen in der Untersuchungshaft. Zeitschrift f. Medizinalbeamte. 1917. Nr. 13 und 14.

melancholischen Symptomenkomplexes auffasste, dem er sich auch in seinen Schilderungen zu nähern versuchte.

Sein ganzes Verhalten zur Zeit der Straftaten bekundete auf das unzweideutigste, dass bei ihm weder von Angst, noch von Depression ernstlich die Rede gewesen sein konnte, und auch zur Zeit der Beobachtung lag für das Vorhandensein von Sinnestäuschungen, und zwar solcher Art, dass sie sein Handeln eingreifend hätten beeinflussen sollen, nicht der geringste Anhaltspunkt vor. Als sich ein anderer Ausweg zu öffnen schien, der ihn aus der Strafe und dem Militärdienste herausführen konnte, verzichtete er sofort auf die ganze Krankheit und liess sich auch die Haft nicht im geringsten mehr anfechten.

Fall 19. Pionier Theodor Fe., Arbeiter, 23 Jahre. Dient seit dem 15. 6. 1915, nahm an Schlachten im Westen und Osten teil. Keine Lazarettbehandlung. Führung sehr schlecht, bestraft.

Während er früher in psychischer Beziehung nicht aufgefallen war, wurde er 1917 der Sanitätskompagnie in O. zur Beobachtung überwiesen. Er gab jetzt auf alle Fragen die Antwort: „weiss ich nicht“, erinnerte sich angeblich an kurz vorhergegangene Vorfälle nicht und bekam auf die Aufforderung des Feldwebels, stramme Haltung anzunehmen, einen Wutanfall, an den er sich nach 5 Minuten nicht mehr entsinnen wollte. Schliesslich kam er vom Urlaub mit 2 Tagen Verspätung zurück.

Seine Mutter sei nervös, ein Bruder geistesschwach. Auf der Schule habe er schlecht gelernt. Aus seiner Vorgeschichte gab er eine Menge von Daten an, die für seine geistige Minderwertigkeit sprechen sollten.

Er erschien stumpf und interesselos und musste oft energisch angeregt werden. Oertlich und zeitlich wollte er vollkommen unorientiert sein. Bei der Intelligenzprüfung beantwortete er alle, auch die einfachsten Fragen, mit: „Das weiss ich nicht“.

Diagnose: Imbezillität. Auf die Nervenstation verlegt, gab er seine militärische Vorgeschichte ganz genau an. Als Minenwerfer habe er 5 Rohrkrepierer mitgemacht. Seitdem könne er den Dienst nicht vertragen und habe Angst vor dem Abschuss. Bei der Einlieferung in das Lazarett O. sei er besinnungslos gewesen. Er leide jetzt an Kopfschmerzen und Schwindel. Wie in O. war auch hier der körperliche Befund vollkommen negativ. Bei der Intelligenzprüfung gab er diesmal recht gute Antworten. Er klagte, dass er mehrere Tage so ängstlich sei. Die ihm gewährte Freiheit benutzte er nur mit gleichgesinnten Kameraden dazu, um in Wirtschaften Krach zu schlagen. Auf Befragen wollte er von diesen Vorgängen nie auch nur das Geringste wissen. Auf die geschlossene Abteilung verlegt, benahm er sich sofort korrekt und ordentlich. Irgendwelche psychotische Erscheinungen wurden nicht beobachtet. Er spielte Karten, las Zeitungen und unterhielt sich lebhaft.

Die Diagnose „Imbezillität“ konnte nach zweimonatiger Beobachtung nicht gehalten werden. Wahrscheinlich handele es sich um eine Hysterie,

im Anschluss an die seelischen Erschütterungen anlässlich der Rohrkrepierer. Von irgend einer Störung des körperlichen oder geistigen Gesundheitszustandes war bei der Kompagnie nicht das Geringste bemerkt worden. Eine Dienstbeschädigung sei ausgeschlossen, auch die 5 Rohrkrepierer kämen nicht in Betracht, da Fe. solche gar nicht mitgemacht habe. Fe. sei ein sehr kräftiger und energischer, aber vollkommen verstockter Bursche, der lediglich unberechtigte Rentenansprüche herausschlagen wolle. Auf der Nervenstation fiel Fe. in keiner Weise auf und machte bei der Intelligenzprüfung ausgezeichnete Angaben. Auch hier wurde eine Hysterie mässigen Grades angenommen.

Eine Woche nach der Entlassung von dem Lazarett entfernte er sich von der Truppe. Im Eisenbahnzuge festgehalten, gab er an, er sei von seinem Ersatzteil nach der Westfront geschickt und von da zurückbeordert worden. Später vervollständigte er seine Aussage mit vielen Einzelheiten. Tatsächlich hatte er sich bei seiner alten Kompagnie gestellt. Als ihm gesagt wurde, er sei unberechtigt hergekommen, nahm er eine drohende Haltung an, darauf verschwand er. In der Haft bedrohte er einmal den Gefangenenunteroffizier.

Der hinzugerufene Arzt stellte keine Krankheitserscheinungen fest.

Als er an demselben Tage in eine andere Zille verlegt werden sollte, erklärte er, er werde Gewalttätigkeiten bzw. Selbstmord begehen, da jede Freiheitsbeschränkung in Einzelhaft ihn in einen so aufgeregten Zustand versetzte, dass er nicht mehr Herr seiner selbst sei.

Bald darauf wurde er zu einer Minenwerferabteilung versetzt. Hier verweigerte er bald seinem Feldwebel den Gehorsam und musste nach einem Handgemenge in die Zelle gelegt werden.

Bei seiner Vernehmung wollte er die Richtigkeit seiner Stammrolle und seines Strafverzeichnisses nicht anerkennen, da er sich nicht darauf besinnen könne. Auch von der Straftat wollte er nichts wissen. Er habe monatelang wegen seines Nervenleidens im Lazarett gelegen.

Darauf machte er in der Zelle einen Selbstmordversuch durch Erhängen mit einer ganz dünnen Schnur, nachdem er kurz vorher in der Zelle ungeheuren Lärm gemacht hatte. Das Festungslazarett bezeichnete ihn als Simulanten. Ein psychiatrischer Gutachter führte die Reizbarkeit auf eine Hysterie mässigen Grades zurück. Der Wutanfall und der Versuch, sich zu erhängen, seien die Reaktion eines Hysterischen, der unbedingt der Strafe entgehen wolle. Der Selbstmordversuch sei nicht ernstlich gemeint gewesen. Für den Angriff auf den Feldwebel sei ein hysterischer Dämmerzustand nicht anzunehmen. „Es liegt eine krankhaft gesteigerte Reaktion vor, so dass er milder beurteilt werden müsse, doch nicht der § 51 vor.“

Am 12. April 1918 entfernte er sich wieder von der Truppe. Am 15. Juni d. Js. wurde er in Mannheim verhaftet, nachdem er längere Zeit bei seinen Angehörigen gewesen war und in einer Fabrik gearbeitet hatte. Er nahm an mehreren Einbrüchen teil. Verhaftet erzählte er sofort ungefragt, er werde seit längerer Zeit von einem Geiste heimgesucht, der genau so gross sei wie er und genau so aussehe. Dieser sage ihm jedesmal etwas, was er zu tun habe.

So habe er ihm auch erklärt, dass er dem Tode verfallen sei, wenn er in Unbleibe. Er habe ihm befohlen, fortzugehen und nicht wieder zurückzukehren. So sei er denn nach seiner Heimat gefahren und habe sich dort unangemeldet aufgehalten, indem er oft seine Wohnung gewechselt und bürgerliche Kleidung getragen habe. Auch habe er in einer Holzfabrik gearbeitet. Von den Einbrüchen sei ihm nichts bekannt.

Anstaltsbeobachtung. Von erblicher Belastung wollte er jetzt nichts wissen. Ebenso wollte er noch nie Krämpfe durchgemacht haben. In der Schule sei es mit dem Lernen ganz leidlich gegangen. Ebenso wollte er früher nie an Kopfschmerzen gelitten haben und wusste auch von den sonstigen nervösen Beschwerden nichts zu berichten. Nur einmal sei in seiner Nähe eine Granate krepirt.

Er blieb trotz Verhaltens entschieden dabei, dass er nur einmal von der Truppe fortgegangen sei.

„Ich muss jetzt als weg, wenn ich nicht wegmache, bin ich dem Tode verfallen. Jede Nacht kommt ein Geist, der sagt mir alles, was ich zu machen habe“. Als er den Geist beschreiben soll, sucht er längere Zeit und sagt dann stockend: „Der sieht aus wie ich, der ist so wie ich. Seine Stimme ist gerade so tief wie meine und klingt auch gerade so. Der Geist kommt immer mit einem Messer in der Hand und hat mich auch einmal wirklich am Halse gekriegt und gewürgt zu Hause, so dass ich aus dem Bette gestiegen bin.“ Seine Mutter sei gleich gekommen und habe gesehen, dass er am Halse gewürgt sei. Auch in der vergangenen Nacht sei er dagewesen, habe ihn fortwährend in seinem Bette geschüttelt und gerufen: „Du musst aufstehen“. Er sei auch aufgestanden“. (Tatsächlich hatte er die ganze Nacht durchgeschlafen.) Er sei also von U. mit der Bahn fortgefahren, Geld habe er gar keins bei sich gehabt, auch keine Fahrkarte. In Hannover sei er umgestiegen, in Lehrte habe er zufällig einen Mann aus seinem Orte getroffen, und der habe ihn mit in seine Heimat genommen. Als nach einigen Tagen das Gespräch fortgesetzt wird, hat er ganz vergessen, dass er von diesem Manne erzählt habe. Als er nach dessen Namen gefragt wird, ist er sehr verlegen und kann ihn nicht nennen. Er kenne ihn aber sehr gut und habe noch mit ihm zusammen in Mannheim verkehrt. Beahlt habe der für ihn nichts, das sei ja auch gar nicht nötig gewesen, er habe ja selbst Geld gehabt und auch eine Fahrkarte. Ein paar Mal sei er aus dem Zuge aus und wieder eingestiegen, erst in Hannover, dann ein Stück weiter so nach Karlsruhe und dann habe der Schnellzug in Versheim gehalten und er sei weiter nach Mannheim gefahren. Seine dortigen Wohnungen gibt er richtig an, desgleichen seine Arbeitsgelegenheiten und sämtliche Komplizen. Täglich habe er 7 M. verdient. Er habe Zivil getragen, das er sich von der Kompagnie habe nach Hause schicken lassen.

Zur Truppe habe er nicht zurückkehren wollen, dann wäre er ja dem Tode verfallen gewesen. Denn wenn er in der Kompagnie sei, stehe der Mann mit dem Messer vor ihm und sage: „Theodor, abfahren oder tot!“ Er muss sehr lange nachdenken, bis er angeben kann, wie der Mann spricht. Von den Diebstählen wollte er nicht das Mindeste wissen.

Trotz nachdrücklichen Vorhaltens bleibt er dabei, dass er mit einem Feldweibel nie auch nur das geringste zu tun gehabt habe. Nie sei eine Anklage gegen ihn erhoben worden, geschweige denn, dass er jemals über diese Sache vernommen worden wäre.

Abgesehen von einem leichten Lidflattern war der körperliche Befund vollkommen negativ. Bei Augenfussschluss fällt er sofort steil nach rückwärts. Er hatte sich vorsichtig so gestellt, dass gerade hinter ihm ein Sessel stand, in den er mit einem leichten Wehlaut hinsank. Mit den anderen Kranken unterhielt er sich zunächst wenig, dem Personal gegenüber war er vorsichtig in seinen Aeusserungen.

Der Schlaf war vollkommen ungestört. Nur an den beiden Tagen, an denen bei den Untersuchungen von dem schwarzen Manne die Rede war, sagte er der Nachtwache je einmal, eben sei der Mann wieder dagewesen. Das brachte er aber vollkommen affektlos ohne jede Spur von Angst vor, und schlief, nachdem er diese Mitteilung abgegeben hatte, sofort wieder ein.

Noch weniger liess er bei Tage erkennen, dass er unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen gestanden hätte. Nie war er ängstlich, nie erregt, nie verstimmt. Anfallsartige Störungen waren bei ihm nicht nachzuweisen. Bei den Untersuchungen sass er mit äusserst einfältiger Miene da und antwortete stotternd im Tone und der Sprechweise eines kleinen Kindes. Bei allen Fragen gab er sich zuerst den Anschein, als habe er nicht verstanden. Dabei liess sich aber immer wieder feststellen, dass er genau wusste, um was sich handelte. Ueber seine Vorgeschichte wie über alles, was er wissen wollte, wusste er genau Bescheid.

Nachdem bei ihm auf Grund seines Verhaltens, das mit seiner Vorgeschichte und seinem sonstigen Benehmen im auffallendsten Gegensatz stand, eine Imbezillität angenommen worden war, die aber sehr bald wieder fallen gelassen werden muss, wird ihm auf Grund seiner Angaben, die sich in keiner Weise mit seinen späteren Aussagen decken, eine Hysterie zuerkannt. Man glaubte sie ihm gönnen zu müssen, weil er früher an Anfällen gelitten haben wollte, die er später in der Versenkung verschwinden liess und von denen nie das Geringste beobachtet worden war. Auch hatte er sich eine Aetiologie dafür geschaffen, die er später wieder ganz fallen liess und von denen die Truppe nichts wusste. Obgleich auch der objektive Befund vollkommen negativ war, erkannte man ihm auch später diese Krankheit zu, wenn man auch nur einen leichten Grad annahm. Wenn man ihn als Psychopathen bezeichnen wollte, kam man damit der Wirklichkeit sicher sehr nahe.

Auf Grund seiner Hysterie leistet er sich eine Amnesie für seine Straftaten, die er gelegentlich zurücknimmt und nach Bedarf auch auf die späteren Vernehmungen und alles, was ihm unbequem ist, ausdehnt. Selbst wenn man sie ihm geglaubt hätte, vor seinen Halluzinationen dürfte die Skepsis nicht Halt machen.

Nachdem er bis dahin nie etwas davon geäußert hatte, führt er selbst sie sofort ins Gefecht, als eine neue Vernehmung über ihn ergeht, nachdem sie ihn während seiner Entfernung von der Truppe nicht davon abgehalten hatte, ordentlich zu arbeiten und seine Angst in zahlreiche Einbrüche ausströmen zu lassen. Dabei lässt er sich selbst erscheinen, hört seine eigene Stimme und schildert das Phantasma auch sonst in wenig glaubhafter Weise, indem er sich immer wieder in neue Widersprüche verwickelt. Auch sein sonstiges Verhalten lässt keinen Rückschluss darauf zu, dass er tatsächlich im Banne von Sinnestäuschungen gestanden hätte. Was er ausgerechnet am Tage, an dem bei der Untersuchung davon die Rede ist, vorführt, ist so farblos und unecht, dass der Verdacht zur Gewissheit werden musste, dass er das, was er sonst schon an Vortäuschung geleistet hatte, auch auf dieses Gebiet übertragen wollte.

Was die frühere Begutachtung von seinem Selbstmordversuche gesagt hatte, erschien nach seinem späteren Verhalten durchaus glaubhaft. Auch die Militärgerichte sehen in der Regel in den Selbstmordversuchen der Angeklagten ein Symptom, das für die Ernsthaftigkeit der vorgeführten Krankheit spreche. Nun soll ja natürlich nicht geleugnet werden, dass sie nicht selten aus krankhaften Beweggründen hervorgehen und als schwerwiegende Krankheitssymptome gewertet werden müssen. Aber es darf auch nicht vergessen werden, dass sie aus normalen Beweggründen entspringen können. Sie können in der Furcht vor der Strafe ihren Ursprung haben, bei ethisch höher stehenden Personen in der Erkenntnis, was sie durch ihren Sündenfall /verwirkt haben und was ihnen bevorsteht. Nicht minder aber ist zu beachten, dass Personen, die darauf ausgehen, ihre geistige Unzulänglichkeit zu erweisen und ihrem sonstigen Rüstzeug nicht mehr trauen, hierdurch ihrer Krankheit besonders kräftige Lichter aufsetzen wollen. Dann wird der Selbstmordversuch zur Selbstmordatruppe. Nach unseren Erfahrungen haben sich diese Versuche fraglos gehäuft. Wie diese Selbstmordversuche durch psychische Infektion ausgelöst werden können, so wirkt auch ihre Vorspiegelung in den Militäranstalten manchmal geradezu ansteckend.

Sehr oft werden gewichtige Zweifel durch das Affektierte und Künstliche erweckt, das meist diesen Zuständen eigen ist. Meist werden die nötigen Vorsichtsmassregeln getroffen, um zu verhüten, dass die Komödie bis zum letzten Ende durchgeführt wird und wenn sie nicht gerade dann gemacht werden, wenn Wärter, Aerzte oder Mitgefangene in nächster Nähe sind oder ihr Erscheinen in allernächster Zeit zu erwarten ist, so wird durch den nötigen Lärm das Erscheinen nach

Möglichkeit beschleunigt. Andere Gefangene werden darauf aufmerksam gemacht, dass irgend etwas zu erwarten ist. Oder man lässt in Briefen, die an Angehörige gehen sollen, durchfliessen, was im Schilde geführt wird. Die Art der Ausführung lässt oft erkennen, dass diese Versuche nicht ernstlich gemeint waren, und die Wahl der Mittel lässt es als unmöglich erscheinen, dass der Plan gelingt. Dem theaterhaften Charakter derartiger fingierter Selbstmordversuche tut es auch keinen Abbruch, dass sie manchmal glücken und damit über den Willen der Täter hinausgehen.

Ebensowenig aber darf aus dem Auge gelassen werden, dass solche Selbstmordversuche nur aus dem Bestreben von Hysterikern und ihren sinnverwandten Psychopathen hervorgehen können, sich zum Mittelpunkt des Interesses zu machen und die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, obgleich bei ihnen tiefergehende und die Unzurechnungsfähigkeit bedingende Störungen nicht in Rechnung gesetzt zu werden brauchen.

Manchen derartigen Selbstmordversuchen liegen allerdings, obgleich ihnen äusserlich ein theatralischer Anstrich anhaftet, doch durchaus ernsthafte Absichten zu Grunde.

Sie verlangen jedenfalls unter allen Umständen eine ernsthafte Prüfung des Gesamtzustandes und eine Würdigung aller Nebenumstände, die eine Beurteilung dieses zweifelhaften Symptoms zu sichern vermögen.

Fall 20. Ersatzreservist Adolf Ad., Mechaniker, 27 Jahre, 1915 eingezogen. Wiederholt im Felde wegen Trippers und Blasenschwäche mehrfach in Lazarettbehandlung. Früher dreimal wegen Unterschlagung bestraft.

Januar 1917 fuhr er nach H. und arbeitete unter seinem richtigen Namen in Zivilkleidern.

Januar 1918 flüchtete er, als er verhaftet werden sollte, nach Br. 23. 3. Verhaftung. Er entwich und stellte sich selbst bei seiner Truppe.

Er gab die Tat zu, von einer geistigen Erkrankung äusserte er nichts. Dagegen erklärte er 12.6., er leide an Angstzuständen und Zwangsvorstellungen und könne sich der Einzelheiten nicht mehr erinnern. Aus dem Militärarresthause versuchte er zusammen mit anderen Gefangenen zu entweichen. Früher hatte er angegeben, er leide seit dem 8. Lebensjahre an Blasenschwäche. In geistiger Beziehung war er aufgefallen.

Anstaltsbeobachtung. Stets ruhig und geordnet, gab prompt Auskunft. Irgend eine Trübung des Bewusstseins wurde bei ihm nie beobachtet. Mit dem Personal wie den anderen Kranken unterhielt er sich lebhaft und angeregt. Zeigte Interesse für alles und beschäftigte sich mit Lesen. Zuweilen klagte er über Kopfschmerzen und Langeweile. Die Stimmung war ganz zufrieden. Niemals wurden sonst Verstimmungen oder Angstzustände auch nur andeutungsweise wahrgenommen. Bei den Untersuchungen fiel er in keiner Weise auf. Er drückte sich sehr gewandt aus. Im allgemeinen erschien er sehr

gerissen und zielbewusst. Abgesehen von Kopfschmerzen klagte er über unruhigen Schlaf, es wurde aber nie das geringste bemerkt, vor allem auch nicht von schreckhaftem Auffahren aus dem Schlafe, wie er das häufig haben wollte.

Normale körperliche und geistige Entwicklung, keine Krampfanfälle. Arbeitete regelmässig und verdiente sehr gut. Angeblich litt er seit seinem 15. Lebensjahre an Zuständen, in denen er nicht recht Luft bekommen könne. Es sei ihm dann alles so, als ob die Lunge zu klein und die Brust zu eng sei. Diese Zustände seien zeitweise so schlimm gewesen, dass er die Arbeit ganz habe aussetzen müssen. Juni 1916 sei er verschüttet gewesen (nicht bestätigt). Seitdem habe er ganz besonders schlimme Kopfschmerzen. Was während dieser Zeit mit ihm geschehen sei, wisse er nicht. Es müsse etwas Schreckliches gewesen sein, etwas mit Leichen. Denn seitdem habe er immer schreckliche Bilder vor den Augen. Dauernd habe er ein gewisses ängstliches Gefühl in der Brust und einen Druck in der Herzgegend. Er leide an ängstlichen Träumen, als ob Leichen nach ihm griffen.

Damals habe er das Gefühl gehabt, als ob in ihm etwas sei, was nicht in hineingehöre, als ob ein fremder Mensch über ihn herrsche. Es sei ein suggestiver Zwang, der ihn zu Handlungen treibe, die er eigentlich garnicht wolle. Er müsse damals bei der Entfernung in einem bewusstlosen Zustande gewesen sein. Seitdem seien auch die Blasenbeschwerden schlimmer geworden, er leide an unwillkürlichem Urinabgange, besonders wenn er Leichen sehe. Auch nach seiner Rückkehr zur Ersatztruppe Januar 1917 sei er noch sehr unruhig und aufgeregt gewesen sei, habe Nachts nicht schlafen können und sei immer herumgelaufen, so dass die Kameraden ihn mit Schlägen bedroht hätten. Er habe sich daher eine Wohnung in der Stadt genommen und tagsüber seinen Dienst getan, während er Nachts gearbeitet habe. Er habe lange Zeit nur eine halbe Stunde täglich geschlafen, da er gar keine Ruhe gefunden habe.

Wie er zu der Entfernung von der Truppe gekommen sei, wisse er nicht mehr, er müsse damals 14 Tage hindurch in einem bewusstlosen Zustande gewesen sein und sich während dieser Tage in Bo. aufgehalten haben. Als er wieder zur Besinnung gekommen sei, sei er in seiner Wohnung in Ha. gewesen. Auf die Frage, weshalb er nach Ablauf des angeblichen Dämmerzustandes nicht bei der Truppe gemeldet habe, erklärt er, er habe zwar mehrere Male dazu den Wunsch gehabt, sich zu melden und sei auch in dieser Zeit 7—8mal zur Kaserne gegangen, um sich zu melden, es sei ihm aber nicht geglückt. Er sei jedesmal ängstlich geworden und habe an der Türe sofort die schreckhaftesten Bilder gesehen. Es sei ihm so gewesen, als ob ihn jemand direkt zurückdränge, als ob ihm die innere Stimme gesagt habe, er dürfe nicht dorthin gehen. Das sei keine richtige Stimme gewesen, sondern vielmehr ein ängstliches Gefühl, das ihn zurückgehalten habe.

In der Zwischenzeit habe er regelmässig gearbeitet und 12 Mark wöchentlich verdient. In dieser Zeit habe er sich sehr wohl gefühlt und garnicht an seine Fahnenflucht gedacht, aber die innere Stimme habe sich dann bei ihm sofort wieder eingestellt. Er habe nur das Gefühl gehabt, dass er von einem fremden Willen geleitet werde. Schliesslich habe er es garnicht mehr aushalten

können und seiner Braut gesagt, sie solle ihn zur Truppe zurückbringen. Weshalb er das seiner Braut nicht früher gesagt habe, könne er nicht sagen, es müsse ihn wohl etwas abgehalten haben. Es fehle ihm überhaupt für so viele Vorgänge aus dieser Zeit ganz die Erinnerung. Dabei verwickelte er sich in zahllose Widersprüche. Auch für die Tatsache, dass er erst so spät auf seine krankhafte Geistestätigkeit hingewiesen habe, macht er die widersprechendsten Angaben.

Obgleich sich Beweise dafür nicht finden liessen, konnte man Ad. zugestehen, dass er Neurastheniker war. Ueber ein nicht allzuhohes Mass von Neuro- und vielleicht auch Psychopathie erhob sich die minderwertige Veranlagung aber nicht. Während der Entfernung von der Truppe, die über ein Jahr dauerte, bei der er sich als gut bezahlter Arbeiter durch das Leben schlug und sich recht zielbewusst benahm, will er sich viele Wochen lang in einem Dämmerzustande befunden haben, der aus der Veranlagung des Kranken nicht zu erklären ist und in seinem Vorleben kein Vorbild hat. Sie senkte sich nur auf ihn herab, wenn er etwas Strafbares begangen hatte.

Anders wie andere Dämmerer sucht er sein Fortbleiben von der Truppe durch die suggestive Kraft krankhafter Empfindungen zu erklären, die noch am ersten als Zwangsvorstellungen gedeutet werden konnten. Sie stellen sich bei ihm auch nur dann ein,* wenn er sich zur Truppe zurückmelden will, während er zwischendurch Monate lang von diesen Zuständen nicht geplagt wurde. Nie hatte er seiner Umgebung von den beängstigenden Zuständen erzählt. Als ihm der Boden in Ha. zu heiss wird, macht er sich sofort aus dem Staube, nach seiner Verhaftung entweicht er sofort und aus der Untersuchungshaft versucht er auszubrechen, was sicherlich nicht dafür sprach, dass ihm daran gelegen gewesen wäre, bei der Truppe zu bleiben. Im Gegensatze zu den farbigen Schilderungen dieser Zustände, die ihm hier zu Gebote standen hatte er in seinen zahlreichen gerichtlichen Vernehmungen dafür kein Wort gefunden.

Ein Nachurteil über die in der Literatur niedergelegten Fälle von Simulation bleibt immer schwierig und ist oft unmöglich. Schon dadurch wird die Beurteilung erschwert, dass die Fälle aus äusseren Gründen in starker Verkürzung und unter Verzicht auf bedeutungsvolle Einzelheiten wiedergegeben werden müssen. Dann aber ist es unmöglich, die Fälle objektiv wiederzugeben. Auch dort, wo man das noch zu sein glaubt, schieben sich oft Urteile ein, die sich auf die subjektive Anschauung des Beobachters gründen. Der Subjektivismus des Beobachters kann aber gar nicht ausgeschaltet werden, wenn er überhaupt zu einer Entscheidung kommen will.

Einzelne der angeführten Fälle haben denn auch zum Teil eine verschiedenartige Beurteilung erfahren. Das hängt in erster Linie von der Stellung ab, die die verschiedenen Gutachter zu psychiatrisch-forensischen Fragen überhaupt und zur Frage der Simulation im Besonderen einnehmen. Gerade im Kriege sind ja viele Militärärzte gezwungen, zu diesen schwierigen Fragen Stellung zu nehmen, obgleich sie sich durch ihre Vorbildung dazu nicht berufen fühlen und im Frieden zweifellos gerne diesem Amte entsagen würden. Auch dadurch, dass die Fälle in verschiedenen Stadien zur Untersuchung kommen und das Material, das zur Verfügung gestellt werden kann, recht verschieden ist, wird die Möglichkeit stark beeinflusst, zu einem abschliessenden Urteile zu kommen. Die Vorteile einer längeren sachgemässen Beobachtung dürfen hierbei nicht zu gering veranschlagt werden.

Auch jetzt halte ich es für durchaus möglich und verständlich, dass zu manchen Fällen andere Gutachter nicht dieselbe Stellung einnehmen würden. Die Uebergänge sind hier zu fließend. Die Versuche, diese spröden Fragen restlos im allgemeinen befriedigend zu beantworten, werden immer daran scheitern, dass der Subjektivismus nicht ausgeschaltet werden kann. Die grundsätzliche Stellungnahme zu dieser Frage wird immer recht verschieden bleiben.

Es hat wenig Zweck, über diese Fragen zu streiten. Denn objektive Tatsachen, durch die sich die Gegner überzeugen liessen, sind auf diesem Gebiete nach keiner Seite hin beizubringen. Es muss sich jeder seine Grundsätze in der Beurteilung zwischen den beiden Extremen bilden.

Jedenfalls ist Tintemann¹⁾ durchaus zuzustimmen, wenn er sich zu der Auffassung bekannte, dass die Simulationsfrage an dem Dogma kranke, dass, wer Simulation dingnostiziere, nicht diagnostizieren könne.

Ich halte es auch für sicher, dass die Anschauungen Birnbaum's²⁾, der wohl als der entschiedenste Verneiner der bewussten Simulation angesehen werden muss, in der Praxis keine feste Stütze haben. Er nimmt ja bei derartigen Versuchen nicht einen bis ins Einzelne gehenden klaren Plan, sondern nur einen unklaren instinktiven Drang an. Alles, was über die Simulationsabsicht hinausgehe, sei Krankheitsvorgang. Es komme ein pathologischer Vorgang zustande, über den die Person nicht mehr die Herrschaft habe. Es bestehe eine psychogene Simulationspsychose.

1) Tintemann, Unzulängliche im Kriegsdienst. Allgem. Zeitschr. für Psych. 1917. Bd. 73. H. 1.

2) Birnbaum, Zur Simulation geistiger Störungen. Arch. f. Krim. Bd. 60. H. 1 u. 2.

Es kann ohne jede Frage zugestanden werden, dass diese Anschauungen in manchen Fällen zu Recht bestehen und ich habe sie mir schon gelegentlich zu eigen gemacht. Nur muss man sich darüber nicht im Unklaren bleiben, dass wir einen Beweis dafür ebensowenig beizubringen vermögen, wie wir das bewusste Handeln in der Simulation zu beweisen imstande sind.

Für weit mehrere der hier beobachteten und für eine Anzahl der nach Drucklegung dieser Arbeit zur Beobachtung gelangten Fälle kann ich mich nach dem praktischen Verlaufe unmöglich zu der Meinung bekehren, dass diese Auffassung anerkannt werden kann. Vor allem hat sich in nicht wenigen Fällen die Tatsache feststellen lassen, dass die Vertreter dieser Täuschungsversuche durchaus die Herrschaft über ihre Betätigung hatten und sie im gegebenen Augenblicke fallen lassen konnten.

Ich fürchte, dass man, wenn man diese Auffassung unterschiedslos walten lassen will, einer auf die Spitze getriebenen Theoretisiererei zum Opfer fallen würde. Auch wenn diese Wertung der simulatorischen Betätigung in forensischer Beziehung eine sehr angenehme Erleichterung mit sich bringen würde, würde dadurch die Würdigung des Einzelfalls, auf die es hier immer ganz besonders ankommen muss, geschädigt werden. Auch wenn man das psychiatrisch-forensische Material der letzten Kriegsjahre mit noch so nüchternem Blicke überschaut, wird man sich der Ansicht nicht verschliessen können, dass sich hier eine recht beachtenswerte Menge von unbewusster und bewusster Simulation zusammendrängt, die eine ernste Würdigung verlangt und auf die Zuerkennung der Unzurechnungsfähigkeit nicht ohne Weiteres Anspruch erheben darf.

Wenn man sich die Fälle, in denen den vorgeführten Krankheitserscheinungen die Echtheit nicht zuerkannt werden kann, bei Licht ansieht, werden wir immer wieder die alte Erfahrung machen, dass wir es nicht mit der Blüte geistiger Gesundheit zu tun haben. Unsere Delinquenten entpuppen sich immer wieder in der einen oder anderen Form als Psychopathen. An und für sich kann man das von vornherein gar nicht anders erwarten. Im Gegenteil, man müsste sehr erstaunt sein, hinter einem Simulanten einen voll normalen Menschen zu entdecken. Wenn sich Jemand, der kriminell geworden ist, ganz abgesehen davon, dass er sich überhaupt auf die Bahn des Verbrechens herabdrängen lässt, dazu hergibt, sich in den Mantel der Geisteskrankheit zu hüllen oder ihr wenigstens einige Attribute zu entlehnen, so spricht das unter allen Umständen für eine Denkungsart, die aus dem Regelrechten herausfällt.

Die Aussonderung der Krankheitserscheinungen, die nicht als echt anerkannt werden können, hat aber praktisch einen recht wesentlichen Zweck und muss unter allen Umständen erfolgen, weil das, was von Psychopathie zurückbleibt, in der Regel nicht ausreicht, um die Unzurechnungsfähigkeit zu begründen.

Auch wenn man verhindert, dass den Simulanten und Aggravanten der volle Lohn ihrer Bemühungen erblüht, erreichen sie durch ihre Vortäuschung immerhin, dass sie psychiatrisch beobachtet und begutachtet werden. Und dieser Erfolg verhilft ihnen zu einer prozessual weit besseren Lage als ihren Unglücksgenossen, die der Hilfe des Psychiaters entbehren müssen, wenn sie durch das Fegfeuer des Strafverfahrens wandeln.

Denn diese Untersuchung legt den psychopathischen Kern frei und erzielt dadurch bei der Strafzumessung recht oft eine grössere Milde in der Beurteilung.

Wenn uns einmal die verminderte Zurechnungsfähigkeit bescheert sein wird, werden unsere Simulanten wahrscheinlich dank ihrer Bemühungen oft in diesem Hafen landen können.

Dabei besteht eine sehr grosse Wahrscheinlichkeit, dass später manche Begutachter bei der Schwierigkeit, eine haarscharfe Grenze zwischen den tatsächlich bestehenden geistigen Ausfallserscheinungen und den aufgepfropften vorgetäuschten Symptomen zu ziehen, ihr Gewissen damit zu beruhigen glauben, dass sie auf diese geminderte Zurechnungsfähigkeit abkommen. Das bleibt allerdings ein schwächlicher Kompromiss, der dem Simulanten zum Dank für seine Täuschungsbestrebungen noch eine zweite Möglichkeit verschafft, seine Lage zu verbessern.

Dadurch gewinnen sie fraglos einen Vorsprung vor jenen, die bescheiden und friedlich das Urteil über sich ergehen lassen, obgleich man auch bei ihnen nicht selten die mildernden Umstände hätte nachweisen können, die unentdeckt auf dem Grunde so vieler Delinquenten schlummern. Es braucht kaum daran erinnert zu werden, dass, wenn man sich die Mühe geben würde, bei unseren geisteskranken Verbrechern auf derartige Züge zu fahnden, man meist eine recht grosse Ausbeute machen würde, auch ohne dass die Anwendung des § 51 dabei in Frage käme.

Es unterliegt aber keinem Zweifel, dass dieser krankhaften Grundlage eine übertrieben hohe Wertung zuteil werden wird, wenn die vorgetäuschten Symptome die Uebersicht über das Bild erschweren. Da man den Grundsatz des *In dubio pro reo* hier sehr gerne walten lassen wird, so kann der Angeklagte leichter dazu gelangen, sich die Vorteile

des § 51 zu erringen, die ihm sonst versagt worden wären. Stellt man sich nun noch auf den Standpunkt, dass diese Täuschungsversuche nicht viel zu bedeuten haben, oder sieht man sogar noch in ihnen den Ausfluss geistiger Krankheit, dann haben die Simulanten ein doppelt erstrebenswertes Ziel.

Die Simulationsfrage wird daher immer eine hohe Bedeutung beanspruchen müssen. Die Veröffentlichung einschlägiger Fälle bleibt von nicht geringem Werte, ebenso wie man versuchen muss, ihr weiteres Schicksal im Auge zu behalten. Man wird sich nach beiden Seiten hin manchmal über einen unerwarteten Ausgang nicht zu wundern brauchen und wenn man sich auf seine psychiatrische Unfehlbarkeit allzuviel einbildet, wird man gerade hier auf herbe Enttäuschungen gefasst sein müssen. Die Nachforschungen über das weitere Ergehen unserer Simulanten werden bei militärischen Delinquenten manchmal dadurch erleichtert, dass sie bei demselben Truppenteil bleiben, so dass sie, wenn sie wieder straffällig werden, demselben Militärgericht und dann auch häufig demselben Beobachter zufallen. Sehr oft allerdings haben die Truppenteile keine glühende Neigung für diese undankbaren Elemente und suchen sie nach Möglichkeit einem anderen Truppenteil aufzuhängen. Die grosse Zahl der Formationen, denen ein Soldat während des Krieges angehört hat, erlaubt in manchen Fällen geradezu einen Rückschluss auf seine geistige Minderwertigkeit. Immerhin sollte man auch hier versuchen, ihr Schicksal wenigstens in besonders bemerkenswerten Fällen nicht aus dem Auge zu verlieren.

Es fragt sich nur, ob man gerade bei militärischen Delinquenten das Gericht davon in Kenntnis setzen soll, dass ein derartiger Täuschungsversuch stattgefunden hat, oder ob man sich mit dem Urteile begnügt, das man selbst vom Geisteszustande nach Abzug dieser angefickten Krankheitssymptome gewonnen hat. Man muss sich darüber klar sein, dass man damit die Gesinnung der Richter gegen den Angeklagten verschärft und dass man auch auf sein späteres militärisches Schicksal einen ungünstigen Einfluss ausübt. Man wird sogar in Fällen, in denen man auf Grund der tatsächlich bestehenden krankhaften Abweichungen von der Norm eine mildere Beurteilung anempfiehlt, trotzdem nicht erreichen, dass ein minder schwerer Fall angenommen wird, da sich die Angeklagten durch ihre Täuschungsabsichten bei der Beurteilung durch den Richter selbst im Lichte stehen.

Trotzdem aber halte ich es gerade im Interesse der Aufrechterhaltung der Disziplin in vielen Fällen für durchaus angebracht, dass Delinquenten, bei denen eine Täuschungsabsicht nachgewiesen ist, nachdrücklich vor Augen geführt wird, dass man ihnen nicht alles glaubt.

Sie selber verlieren dann die Lust, später in ähnlichen Fällen ihre Lage in ungebührlicher Weise verbessern zu wollen. Auch bei ihren Kameraden, die von ähnlichen Gelüsten geplagt werden, wird die Neigung ausgerottet, die Nachsicht des Psychiaters in ähnlicher Weise auf die Probe zu stellen. Ist dem Gericht bekannt, dass der Gutachter nicht gesonnen ist, alles für bare Münze zu nehmen, was ihm derartige forensische Schauspieler aufzutischen wagen, dann wird dieser in anderen Fällen um so leichter Glauben finden, in denen er Kranken, deren anscheinend affektiertes und gekünstelt erscheinendes Gebahren den Verdacht einer Täuschung unbegründeter Weise nahelegt, zur Freisprechung verhelfen will.

Damit kommen wir zu der Frage, wie sich der Gutachter zu dem ausschliesslich militärischen Delikte der Simulation zu stellen hat.

Es ist im § 83 des Militärstrafgesetzbuches enthalten:

„Wer in der Absicht, sich der Erfüllung seiner gesetzlichen oder von ihm übernommenen Verpflichtung zum Dienste ganz oder teilweise zu entziehen, ein auf Täuschung berechnetes Mittel anwendet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren bestraft; zugleich kann auf Versetzung in die zweite Klasse des Soldatenstandes erkannt werden.

Dieselbe Strafvorschrift findet auf Teilnahme Anwendung.“

Während dieser Paragraph für die aktiven Soldaten, die Uebungsmannschaften und Personen des Beurlaubtenstandes gilt, kommt für Personen, die noch in keinem Militärverhältnis stehen, also vor erfolgter Aushebung, für die Mannschaften der Reserve und Landwehr, soweit sie nicht zur Uebung eingezogen sind, § 143 des Deutschen Strafgesetzbuches in Betracht:

„Wer in der Absicht, sich der Erfüllung der Wehrpflicht ganz oder teilweise zu entziehen, auf Täuschung berechnete Mittel anwendet, wird mit Gefängnis bestraft; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

Dieselbe Strafvorschrift findet auch auf den Teilnehmer Anwendung.“

Nach Koppmann's Kommentar zum Militärstrafgesetzbuch und nach den Entscheidungen des Reichsmilitärgerichtes kommt für die Beurteilung der Simulation noch folgendes in Betracht.

Der Paragraph, der im wesentlichen der Vortäuschung körperlicher Krankheitserscheinungen entgegenwirken soll, verlangt nicht, dass ein krankhafter Zustand oder gar wirkliche Dienstunbrauchbarkeit hervorgerufen wird. Nach einer Reichsmilitärgerichtsentscheidung will der Simulant sich nicht wirklich untauglich machen, er will nicht eine Krankheit, die seine Befreiung vom Militärdienst zur Folge haben muss,

hervorbringen, er will lediglich die betreffenden Behörden, Aerzte, Kommissionen usw. mit einer künstlich hervorgerufenen oder geltend gemachten Krankheitserscheinung täuschen und diese dadurch in den Irrtum versetzen, als sei er wirklich dienstunfähig.

Für die Vortäuschung psychischer Krankheiten braucht ja sowieso nicht damit gerechnet zu werden, dass durch die längere Vorführung psychischer Krankheitserscheinungen tatsächlich eine geistige Störung ausgelöst werden könne, wenn man nicht die Simulation als Simulationspsychose auffasst. Diese Absicht wurde früher nicht selten mit der Begründung vertreten, dass die Schwierigkeit, solche Erscheinungen länger mit Erfolg darzustellen, einen derart ungünstigen Einfluss auf den Simulanten auszuüben vermöge, dass er tatsächlich in Geisteskrankheit verfallen könne. Bei näherer Betrachtung der einschlägigen Fälle in der Literatur wird man allerdings mit viel grösserem Rechte zu der Anschauung gelangen, dass es sich hierbei um die Verkennung tatsächlich vorhandener Krankheitserscheinungen und die irrtümliche Annahme einer Simulation gehandelt hatte.

Blosses lügenhaftes Vorbringen genügt nicht, „so lange nichts vorgebracht wird, um die Behauptung glaubhaft zu machen“, wohl aber dann, wenn die Absicht besteht, dadurch Aerzte, Vorgesetzte und Richter über den wahren Zustand irrezuführen. Das trifft wieder für die Vertreter der Simulation psychischer Krankheiten so gut wie ausnahmslos zu: je nach dem Masse ihrer geistigen Kräfte und psychiatrischer Erfahrungen versuchen sie alle, ihre Beschwerden glaubhaft erscheinen zu lassen.

Es ist auch für den Tatbestand nicht erforderlich, dass der Täter versucht, das Leiden in seiner äusseren Erscheinung darzustellen. Es genügt das dauernde Vorschützen subjektiver Beschwerden. Die Vorführung von Erregungszuständen, Tobsuchtsanfällen und Krämpfen bleibt ihm erspart.

Besonders wichtig aber ist, dass es vollständig gleichgültig ist, ob durch die strafbare Handlung Vorgesetzte wirklich getäuscht worden sind.

Dass der Versuch der Vollendung rechtlich ganz gleich steht, ist gleichfalls von Bedeutung. —

Es ist auch gerade für die Frage der Simulation psychischer Krankheit sehr wesentlich, dass die Uebertreibung vorhandener Krankheitserscheinungen gerade so gut den Simulationsparagraphen erfüllt, wie die Vortäuschung eines Krankheitsprozesses ohne greifbare Grundlage. Auch auf die Uebertreibungsversuche von Personen steht Strafe, bei denen einzelne psychische Krankheitserscheinungen anerkannt werden müssen, wofern diese nicht an und für sich die Unzurechnungsfähigkeit bedingen.

Die Zahl der Fälle, in denen wegen angeblicher Vortäuschung von psychischen Krankheiten ein Strafverfahren wegen § 83 R.M.St.G. durchgeführt wurde, ist sehr gering.

In den Jahren 1905 bis 1909 schwankte beim deutschen Heere die Zahl der wegen Simulation und der ihr sehr nahestehenden Selbstverstümmelung zwischen 24—39 jährlich bei einer Gesamtziffer der Verurteilungen zwischen 11500—12800. Dabei tritt hinter der Simulation von körperlichen Krankheiten die Vortäuschung von psychischen Krankheiten ganz gewaltig zurück.

Bennecke¹⁾ fand unter den 42 Fällen von Simulation, die er den einschlägigen sächsischen Militärgerichtsakten von 1890—1900 entnahm, nur zwei Fälle von Vortäuschung von Geisteskrankheiten. Das Verfahren endete häufiger mit Freisprechung, vielleicht, wie Bennecke meint, weil dem Gericht die Unsicherheit des Rechtsbodens fühlbarer geworden ist, hauptsächlich aber wegen der Aenderung des ärztlichen Standpunktes, der auf Grund der Fortschritte der Wissenschaft seltener Simulation annimmt als früher.

Von 88 militärforensischen Fällen, über die ich früher berichtet habe²⁾, ist nur einmal ein Verfahren wegen Simulation eröffnet worden.

Unter den mir jetzt zur Verfügung stehenden Fällen wurde nur fünfmal das Verfahren wegen Simulation eingeleitet. Darunter sind mir noch zwei Fälle von anderen Beobachtern zur Verfügung gestellt worden. Nur in einem Falle wurde die Frage bejaht.

Fall 21. Musketier Franz Schw., Drechsler. 5. 2. 1915 beim Jägerbataillon in All. eingestellt. Am 10. 3. als dienstuntauglich entlassen. 30. 5. in Sa. wieder eingestellt, tat er meist Wachtdienst und meldete sich später krank. 20. 5. 16 wurde er wegen chronischer Herzmuskelerkrankung abermals entlassen. 17. 10. in Ko. zum dritten Male eingestellt. Bereits am ersten Tage meldete er sich wegen Herzbeschwerden krank und wiederholte diese Krankmeldung 30mal. Der Bataillonsarzt, der ihn stets auf seine Beschwerden untersuchte, konnte keinen Anhaltspunkt für diese Klagen finden, ebensowenig eine kommissarische Untersuchung. Vom Reservelazarett Ko. der medizinischen Klinik in L. überwiesen, wurde er nach 7 wöchiger Beobachtung als dienstfähig zur Truppe entlassen. In dem von den Autoritäten der medizinischen Klinik in L. unterzeichneten Gutachten wurde erklärt, dass bei dem Angeklagten kein Herzleiden festzustellen sei.

1) Bennecke, a. a. O. S. 203.

2) Mönkemöller, Zur Kasuistik der forensischen Psychiatrie in der Armee. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge. H. 1. Bd. 38. — Zur forensischen Beurteilung Marineangehöriger. Arch. f. Psych. Bd. 46. H. 1 u. 2. — Die erworbenen Geistesstörungen des Soldatenstandes. Ebendas. Bd. 50. H. 1.

Am Tage nach seiner Entlassung aus L. meldete er sich wieder krank, machte aber auf Befehl seines Kompagnieführers den Dienst mit. Auf dem Rückwege fiel er um und wurde, da er angab, nicht gehen zu können, auf einem Schlitten in die Revierstube gebracht. Hier lag er eine halbe Stunde anscheinend ohnmächtig. Sein Puls war normal. Als der Sanitätsunteroffizier ihm Ammoniak zu riechen gab, schreckte er sichtlich zusammen und verdrehte die Augen, wenn die Augenlider geöffnet wurden. Als sein Hauptmann die Revierstube betrat, zuckte er zwar auf dessen Anrufen deutlich zusammen, war aber weder durch Rufen noch durch Schütteln zum Erwachen zu bringen.

Kaum hatte jener die Stube verlassen, als er aufsprang, seine Sachen nahm und hinter ihm herging. Ohne gestützt zu werden, begab er sich in die Mannschaftsstube und setzte sich auf sein Bett. Nachdem er etwas gegessen hatte, machte er $\frac{3}{4}$ Stunden lang den Fecht dienst ohne Schwierigkeit mit.

Am 25. 1. wollte er sich wieder krank melden, machte aber auf Befehl des Hauptmanns den Exerzierdienst $\frac{3}{4}$ Stunden lang ohne alle Schwierigkeiten mit, wurde dann zurückgeführt und unter Hinweis auf die Strafbestimmungen wegen Simulation vom Bataillonskommandeur ausdrücklich verwarnt.

Im Dienste war er überaus nachlässig. Beim Griffekloppen nahm er die Hand vom ersten Griffe ab mit dem Zeichen der höchsten Ermüdung herunter. Als aber eines Tages der Hauptmann die Ehrenbezeugungen der Rekruten daraufhin besichtigte, ob den Leuten die Erlaubnis zum Verlassen der Kaserne gegeben werden könne, ging er in lebhaftem Schritte und nahm die Hand von der Mütze schneidig und flott herunter.

Wurde ihm seine Schläppheit und Nachlässigkeit vorgeworfen, so behauptete er stets, er könne nicht besser. „Ich kann nicht, ich bin totsterbenskrank.“

Seine Vorgesetzten hatten die Auffassung, dass Schw. etwa vorhandene Beschwerden stark übertreibe, um seine Entlassung durchzusetzen.

Als der Bataillonsarzt ihn eines Tages faradisierte, schaltete er, ohne dass jener es merkte, den Strom aus und legte lediglich einen nassen Wattebausch an. Schw. geberdete sich daraufhin genau so, wie wenn der Strom eingeschaltet wäre, schrie, tobte und trat mit den Füßen aus. Er könne tatsächlich keinen Dienst tun, sei wirklich bewusstlos gewesen, habe nicht bemerkt, dass der Hauptmann in die Stube getreten sei und nur mit Unterstützung mehrerer Leute auf seine Stube gehen können. Anklage wegen Simulation.

Auch in der Hauptverhandlung behauptete er, er sei krank und müsse sterben. Dabei war er in der Lage, der ganzen Verhandlung stehend, ohne jede Erschöpfung beizuwohnen.

Das Gericht nahm eine Simulation an. Er habe alle seine Uebertretungen und Vortäuschungen in der Absicht unternommen, sich dem Dienste zu entziehen. Gegen eine Gefängnisstrafe von 2 Jahren legte er Berufung ein. Dabei wurde die Frage nach seiner Zurechnungsfähigkeit aufgeworfen. Einmal hatte er gesagt, er habe Angstgefühle und könne es nicht in der Stube aushalten. Ein anderes Mal hatte er behauptet, er habe das Gefühl, er werde sterben, wenn er noch mehr Dienst mitmache. Er fühle sich körperlich ruiniert. Zahl

reiche Zeugenaussagen liessen ihn als geistig gesunden Menschen erscheinen.

Nach den Beobachtungen in Gö. verfügte er über eine auffallend gute Intelligenz und gab über sein Vorleben, die ihm zur Last gelegten Straftaten, sowie deren etwaigen Folgen gute Auskunft.

Vorgeschichte und körperlicher Befund waren negativ. Immer wieder behauptete er, dass er herzleidend sei. Wenn man ihn darauf hinwies, dass keine ärztliche Untersuchung ein Herzleiden zu finden vermöge, bemerkte er, dass dann eben die ärztliche Praxis nicht so weit sei. Er beschwerte sich, dass er nicht behandelt werde, man wolle ihn ermorden. Wenn man ihn fragte, wie es komme, dass er zu Hause trotz seines Herzfehlers immer gearbeitet habe, behauptete er, das sei auch leichte Arbeit gewesen.

Auf der Abteilung war er nörgelich, reizbar, argwöhnisch. Nachts wollte er nie schlafen, während die Beobachtung feststellte, dass er immer fest durchschliefe. Sobald man auf den Militärdienst kam, wurde er sofort gereizt und ausfallend. Dauernd war er verstimmt und verdrossen.

Am Ende der Beobachtung bekam er nachts um 4 Uhr einen Anfall, der hysterischen Charakter trug. Als er am Morgen nach seinem Befinden gefragt wurde, wusste er sofort, um was es sich handelte.

Ganz schlimm sei es gewesen, nachdem er in Er. in der Untersuchungshaft gegessen habe. Er sei ganz verzweifelt geworden.

Bei seinen Klagen kam er immer wieder darauf zurück, dass er von einem Zivilarzte für krank erklärt worden sei, und wies die Behauptung aller Militärärzte und Professoren mit grosser Entschiedenheit zurück. Auch jetzt nehme die Krankheit alle Tage zu. Er habe immer Schmerzen, immer Angstgefühl. Das käme von den erkrankten Herzmuskeln.

In seinem Gutachten betonte Schultze, mit welcher unerschütterlichen Sicherheit Schw. seine Behauptungen wiederhole. Dabei mache er, wenigstens zeitweilig, einen gedrückten Eindruck und scheine ganz verzweifelt zu sein.

Bei dieser Sachlage könne ihm keine Simulation vorgeworfen werden. Denn keiner könne zweifelsfrei dartun, dass Schw. sicher nicht glaube, an einem Herzleiden erkrankt zu sein, was begrifflich zur Annahme der Simulation gehöre.

Dass er, objektiv betrachtet, seine Herzstörung übertreibe, stehe fest, ob auch subjektiv, sei freilich schwer zu unterscheiden. Jetzt sei es bedenklich, eine Uebertreibung anzunehmen und früher sei es immerhin fraglich gewesen.

Damals könne er aber nicht diese depressive Verstimmung gezeigt haben wie jetzt, die den vielen Aerzten nicht habe entgehen können. Diese Depression habe sich seitdem entwickelt, wahrscheinlich unter dem Einflusse der Haft.

Auch jetzt könne kein Mensch, nicht einmal der Fachmann, entscheiden, ob das depressive Verhalten, das er jetzt zeige, echt sei und ob es nur als eine psychologische Reaktion auf die etwaige Bestrafung anzusehen sei, oder um etwas rein Pathologisches. Ueber die Echtheit des Leidens könnten nur der Eindruck, die Glaubwürdigkeit des Mannes und zuletzt auch die psychiatrische Ansicht entscheiden. Gewiss mahne das Verhalten bei der Truppe zur Vorsicht.

Dass er diese Depression jetzt übertreibe, glaube Schw. nicht. Andererseits möge es auch sein, dass er bei seinem jetzigen Verhalten übertreibe, nicht nur auf dem Boden der bei ihm bestehenden gemüthlichen Verstimmung, sondern vielleicht auch bewusst, da er bestrebt sei, sich immer mehr als den herzkranken Kriegsunbrauchbaren und den durch den Heeresdienst Geschädigten aufzuspielen.

In der Hauptverhandlung betonte Schultze, dass die Unterscheidung zwischen Simulation auf der einen, seelischen oder psychogenen Störungen auf der anderen Seite für den Fachmann kaum zu treffen sei. Er sei überzeugt, dass Schw. an Depression leide und infolgedessen Beschwerden habe, diese aber sicher übertreibe.

Aus dienstlichen Gründen würde er ihn verurteilen, allerdings unter Zubilligung milderer Umstände.

Schw. wurde wegen Mangels an Beweisen freigesprochen. Das Gericht nahm die Möglichkeit einer Uebertreibung auf hypochondrischer Grundlage an, ohne zu der Frage Stellung zu nehmen, ob die Uebertreibung bewusst oder unbewusst sei.

Fall 22. Sanitätsunteroffizier Georg Wi.

Wi. war schwächlich und machte mehrere Lungenentzündungen durch.

Auf der Schule lernte er schlecht, arbeitete dann bei seinen Eltern als Knecht und verdiente nur wenig Lohn. Später Kellnerlehrling in verschiedenen Wirtschaften, lief einige Male fort. Als eine Liebschaft in die Brüche ging, sass er mehrere Tage zu Hause. Schliesslich fing er eine Wirtschaft an, die er nach $\frac{3}{4}$ Jahren wieder aufgeben musste.

1. 8. 14 eingezogen. Sehr bald Verwundung an der Hand. Im Lazarett keine nervösen Erscheinungen. Wurde jetzt sehr bald Sanitätsunteroffizier. Bei Gelegenheit einer Influenza wird über Klagen von Schwindelgefühl berichtet. Zum Truppenteil zurückgekehrt, wurde er in einem Reservelazarett als Schreiber benutzt.

Am 4. 11. 17 sollte er wieder ins Feld. Er liess sich vom Dienste befreien und fuhr ohne Urlaub nach Ha. Von hier aus teilte seine Frau dem Sanitätsunteroffizier H. mit, dass Wi. ohnmächtig geworden sei. Einige Minuten sei er ohne Besinnung gewesen. Er sollte am nächsten Morgen wieder zurückkehren. In den nächsten Tagen fühlte er sich angeblich sehr schlecht. Am 5. 11. sollte er seine Sachen zum Transporte empfangen. Darauf meldete er sich krank. Man glaubte, dass er sich vom Transporte drücken wolle. Im Revier behauptete er, er habe einen „Anfall“ gehabt. Stabsarzt Dr. M. konnte nichts finden und schickte ihn da zu einem Nervenarzte, der gleichfalls nichts finden konnte.

Am Nachmittage bekam er angeblich ein unsicheres Gefühl in den Beinen und stolperte. Am nächsten Morgen hatte er wieder Schmerzen im Knie und meldete sich auf der Revierstube krank. Der Arzt stellte einen leichten Erguss in das Kniegelenk fest und behandelte ihn nur 6 Tage.

Dem Sanitätsunteroffizier sagte Wi., wenn das nicht geschehen wäre, wäre etwas anderes gekommen.

Als ihm am 30. 11. gesagt wurde, er müsse am Nachmittag reisen, verlangte er, dem Arzte vorgeführt zu werden. Er wurde für k. v. erklärt. Nun ging er wieder nach Hause, packte einen Teil seiner Sachen und fuhr nach H., kam aber am Nachmittage wieder. Als er sich beim Packen bückte, bekam er angeblich einen Schwindelanfall. Als er wieder zu sich kam, fühlte er sich so schwach, dass er das Bett hüten musste. Nach seiner Angabe sollte die Wirtin diesen Anfall beobachtet haben. Diese hingegen sagte aus, er habe nur neben seinem Tornister gekniet und gesagt, ihm sei so schlecht. Später sagte er, er habe einen Schwindelanfall von 2 Minuten gehabt, sei nicht umgefallen, auch nicht ohnmächtig geworden.

Nach seiner Angabe ist er dann im Bette eingeschlafen und wurde später von dem Unteroffizier Ci. geweckt. Dieser hat ihn nicht schlafend betroffen und an ihm nichts Auffälliges festgestellt. Wi. blieb im Bette liegen. Als er am nächsten Tage in Begleitung des Unteroffiziers Li. zur Kaserne ging, suchte er diesen zu der Aussage zu bestimmen, er habe gesehen, dass er beim Ankleiden ohnmächtig geworden sei.

Bei der Vernehmung durch den Hauptmann schwankte er plötzlich und bat, sich am Tische stützen zu dürfen. Dem Feldwebel und den Unteroffizieren gegenüber klagte er oft über Schwindelanfälle, ohne dass sie objektiv etwas wahrzunehmen vermochten. Sie gaben an, Wi. habe immer dann von solchen Anfällen gesprochen, wenn etwas Besonderes zu erwarten war, so dass man allgemein annahm, dass er sich nur verstelle.

Anstaltsbeobachtung. Ueber seine Vorgeschichte gab er unter Anderem an, er habe schon als Schuljunge wiederholt Schwindelanfälle gehabt. Einmal habe er bei seiner Tante auf dem Sofa gelegen. Beim Militär sei er dann noch einmal beim Exerzieren bewusstlos umgefallen. Als er wieder zu sich gekommen sei, habe er auf seinem Bette gelegen und ein Unteroffizier habe ihm Fleischbrühe eingeflösst (?). Bei einer früheren Vernehmung hatte er angegeben, der Zustand habe eine Stunde gedauert. Vier Monate später habe er einen ähnlichen Anfall gehabt. Da sei er am Abend um 8 Uhr mit einem Eimer auf der Treppe zusammengebrochen.

Während er in einer Beschwerdeschrift gegen den Stabsarzt behauptet hatte, er habe nach seiner Militärzeit häufig Anfälle gehabt, gab er jetzt an, er habe nur einen solchen gehabt. Als er wieder zu sich gekommen sei, habe er auf dem Sofa gesessen. Er wisse ganz genau, dass er sich vorher auf den Stuhl gesetzt habe. Dieser Anfall wurde bestätigt. Am Tage nach der körperlichen Untersuchung, die einzelne nervöse Symptome ergab, klagte er über Schmerzen im Rücken, die angeblich von dem Nadélstechen herrühren sollten. Er sprach von einer Rückenmarkserkrankung.

Die Herztätigkeit war meist beschleunigt und stieg nach leichten Körperanstrengungen auf 120. Während der Beobachtung hatte er mehrere Schwindelanfälle, bei denen er blass und der Puls schwach und unregelmässig wurde.

Die Erhebung der Anklage wegen Simulation gründete sich auf das gehäufte Auftreten der Anfälle zu einer Zeit, in der es sich darum

handelte, dass Wi. an die Front kommen sollte, sowie darauf, dass er dunkle Andeutungen über sein künftiges Verhalten machte und den Unteroffizier zu einer falschen Aussage zu bestimmen suchte.

Dass es mit allen Anfällen, über die er sowieso widersprechende Angaben gemacht hatte, nicht ganz richtig gewesen sein mag, konnte mit gutem Rechte angenommen werden. Aber berücksichtigt musste bei ihm werden, dass er ohne jeden Zweifel eine psychopathische Persönlichkeit war, wie er das durch seine zerfahrene Lebensführung und seine überstarke Reaktion auf äussere Einflüsse zur Genüge bewiesen hatte. Er war eine weichliche Natur und hatte schon in seiner Kindheit und später an Anfällen gelitten, die bei seiner ganzen Eigenart nichts Auffälliges darboten und bei denen es nicht stutzig zu machen brauchte, dass sich diese Anfälle gerade dann einstellten, wenn äussere ungünstige Einflüsse auf ihn einwirkten und vor allem, wenn er unter dem Drucke der Anwesenheit von Vorgesetzten stand.

Aber selbst wenn man alle die in Frage kommenden Anfälle als simuliert ansehen wollte, man wäre nicht in der Lage gewesen, ihm nachzuweisen, dass er bewusst simuliert hatte. Und darüber hinaus musste er nach seinen Erfahrungen wissen, dass diese Anfälle so leichter Natur waren, dass sie ihn nie von der Dienstfähigkeit entbunden hätten.

Fall 23. Gefreiter Ernst Ma., 32 Jahre. Normale Entwicklung. Leicht erregbar und aufbrausend. 1901—1903 diente er aktiv beim 2. Garderegiment zu Fuss, wurde Gefreiter und machte später zwei Uebungen mit.

Bei der Mobilmachung eingezogen wurde er am 9. 8. 1914 wegen Epilepsie vom Stabsarzt für völlig dienstuntauglich erklärt. Erhebungen beim Magistrat seiner Heimatstadt: Drei Personen hatten krampfähnliche Zustände bei ihm beobachtet. Der Magistrat erklärte, dass er selbst wie die meisten Einwohner, Ma. für einen durchaus gesunden und kräftigen Mann halte, der seine Anfälle simuliere, um nicht zum Heeresdienste eingezogen zu werden.

Im März 1916 wurde er durch einen Arzt des Bezirkskommandos Gö. untersucht und gleichzeitig der Nervenlinik in Gö. überwiesen.

Der dort erhobene neurologische Befund war negativ. Ein Anfall wurde nicht beobachtet. Nach dem allgemeinen Eindruck des Ma. wurden die Anfälle für hysterisch erachtet.

Der Magistrat blieb bei seiner Behauptung, dass Simulation vorliege. Vor dem Kriege habe Ma. nie geäussert, dass er an Krämpfen leide. Auf allen Arbeitsstellen, in denen er die schwersten Arbeiten zu verrichten gehabt habe, habe er niemals Anfälle bekommen. Einen Unfall habe er nicht erlitten. Andererseits bestätigten mehrere Arbeiter, dass er einmal durch eine Luke gefallen sei.

1916 bei der Truppe wieder als versuchsweise dienstfähig eingestellt bekam er einige krampfähnliche Anfälle, unter Anderem einen in der Revierstube, der von einem Assistenzarzte beobachtet wurde. Dieser stellte fest, dass es sich nicht um Epilepsie handele, und glaubte auch nach dem ganzen Verlaufe und den Erscheinungen des Anfalls Hysterie ausschliessen zu müssen. Da Ma., nachdem ihm Wasser ins Gesicht gegossen worden war, sofort zu sich gekommen war, nahm er mit Bestimmtheit an, dass der Unfall in seinem ganzen Umfange simuliert worden sei. Gleichzeitig sprach er den Verdacht aus, dass Ma. überhaupt epileptische Anfälle vortäusche, um sich der Dienstpflicht zu entziehen.

Ein unter anderen Zeugen zugezogener Sanitätsgefreiter, der im Zivilberufe Masseur war, nahm auch an, dass der fragliche Anfall nicht epileptisch gewesen, sondern simuliert sei.

Darauf wurde vom Kriegsgerichte ein Verfahren wegen Vortäuschung eines nicht bestehenden Leidens eingeleitet.

Anstaltsbeobachtung. Ma. verhielt sich stets ruhig und geordnet, hielt sich mehr für sich allein und las sehr viel. Im Verkehre mit dem Personal und den übrigen Kranken war er freundlich, doch bestand bei ihm eine stark gesteigerte Reizbarkeit. Zeitweise traten bei ihm auch deutliche Stimmungsschwankungen auf. Dann klagte er über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und über aufsteigendes Angst- und Beklemmungsgefühl in der Brust. Deshalb legte er sich selbst auch öfters zu Bett.

Mehrere Male hatte er Schwindelanfälle, die aber wegen ihrer kurzen Dauer ärztlich nie beobachtet werden konnten. Er klagte einige Zeit vorher über ängstliche Unruhe mit Umschnürungsgefühl in der Brust und der Kehle, Flimmern, Schuppen- und Perlbildung vor den Augen, legte sich dann selbst hin und schwitzte stark, Zuckungen wurden dabei nicht beobachtet. Nachher legte er sich immer mit dem Zeichen starker Ermattung ins Bett.

Nachdem er starke Salzdosen bekommen hatte, erhielt er nüchtern drei Flaschen Bier und 300 g Rum in ungefähr einer halben Stunde. Krampfähnliche Zustände, Schwindelerscheinungen oder eine Veränderung des Bewusstseinszustandes und des psychischen Verhaltens wurden dadurch nicht erzielt.

Bei den Untersuchungen war er immer klar und geordnet, dabei aber stark gereizt und suchte in keiner Weise sich durch auffallende Höflichkeit das Wohlwollen des Gutachters zu erhalten.

Will immer leicht erregt und aufbrausend gewesen sein. Seit ihm ein Ast auf den Kopf gefallen sei, leide er häufig an Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Atemnot, besonders beim Bücken. Eine Rente bezog er nicht.

Vier Monate nachher bekam er zum ersten Male einen Krampfanfall und zwar auf einem Tanzvergnügen im Anschlusse an eine Aufregung. Seitdem hätten sich die Anfälle alle 4 Wochen wiederholt, meist im Anschlusse an Aufregungen. Die Anfälle beschrieb er sehr anschaulich mit allen Einzelheiten. Vor 5 Jahren sei er einmal in einem solchen anfallsartigen Zustande an einem Sonntagmorgen von Hause fortgegangen und nachher von einer Frau im Holze

aufgefunden worden. Im November 1915 habe er dann einen zweiten Unfall erlitten. Er sei 10 m hoch durch ein Luke abgestürzt.

Seitdem seien die Anfälle häufiger und schwerer und auch in der Fabrik mehrere Male aufgetreten.

Körperlicher Befund. Narbe am Knie. Schädel ist druck- und klopfempfindlich. Puls stark beschleunigt. Zunge zittert stark. Mässiges Händezittern. Die Sehnenreflexe sind gesteigert. Starke Schweissbildung. Bei Augenfusschluss deutliches Schwanken und Lidflattern. Gesichtsfeld leicht eingeengt.

Durch Zeugen war festgestellt worden, dass er tatsächlich einen Unfall erlitten und Erscheinungen dargeboten hatte, die als Schwindelzustände oder krampfartige Anfälle aufgefasst werden konnten. Da auch bei der Beobachtung Schwindelanfälle festgestellt wurden, musste die Möglichkeit unter allen Umständen zugegeben werden, dass auch die angezweifelte Anfälle echt gewesen seien.

Fall 24. Wehrmann August Br., Landmann, 35 Jahre alt. Häufig vorbestraft.

Am 7. Mobilmachungstage eingezogen, wurde er Mitte September 1914 wegen Herzfehlers entlassen.

Am 15.5.1915 wurde er eingezogen und einem Landsturmabteilung überwiesen.

Am 2. 10. wurde er wegen asthmatischer Beschwerden in das Lazarett für Bewachungsmannschaften in So. aufgenommen. Da dem dortigen Stabsarzte die Klagen in keinem Verhältnisse zu den nachweisbaren krankhaften Veränderungen standen, wurden Nachforschungen in der Heimat angestellt.

Zu Hause war von einem Herzleiden des Br. nichts nachzuweisen. Nach der Aussage seiner Frau war er nur dann etwas herzleidend, wenn er zuviel geistige Getränke zu sich genommen habe. Er sei fähig, eine Krankheit vorzutäuschen und habe in seinem angetrunkenen Zustande oft seine Frau missandelt. Mehrere Male hatte er eine Narbe im Gesichte als von einer Mensur herrührend bezeichnet. Auch die neben Br. liegenden Kranken gaben aus freien Stücken an, dass Br. es immer liebe, seine Beschwerden nur dann zum Ausdruck zu bringen, wenn ein Arzt zugegen sei. Der Oberstabsarzt bezeichnete ihn als einen schäbigen Charakter. Die Zeugen — Sanitätsgefreite — bekundeten, dass er nur dann anfangs zu stöhnen, wenn der Arzt kam. Der Gemeindevorsteher und ein benachbarter Schlächtermeister bezeugten, dass sie nie an ihm ein körperliches Leiden bemerkt hätten. Der Gemeindevorsteher hielt ihn für beschränkt, der Nachbar für sehr schlau. Die Ehefrau gab jetzt an, dass er zuweilen über Herzklopfen geklagt habe, wenn er anstrengend gearbeitet habe oder schnell gegangen sei. An eine Simulation glaube sie nicht, ein regelmässiger Trinker sei er auch nicht gewesen, sondern habe nur anfallsweise getrunken. Für beschränkt hielt sie ihn nicht. Br. berief sich auf das Zeugnis der Militärärzte in Br. und die Passnotiz, nach der er dauernd felddienstunfähig sei, sowie auf das Zeugnis zweier Aerzte, die er zwischendurch

wegen Asthmas konsultiert hatte. Darauf wurde eine Anklage wegen Simulation erhoben. Als seine Brüder und Schwäger ins Feld rückten, erklärte er: „ehe ich ins Feld gehe, stelle ich erst noch etwas an“.

Lazarettbeobachtung. Bei der Aufnahme äusserte Br. keine Beschwerden. Er wollte sich an nichts mehr erinnern können, wusste nicht, wo er zuletzt gewesen war, kannte weder sein Alter noch das seiner Frau und Kinder, nicht den Namen seines Truppenteils, fand sich nicht in der Zeit zurecht und konnte die Jahreszahl nicht richtig angeben. Jede Frage beantwortete er mit: „das weiss ich nicht“. Die einfachsten Rechenexempel löste er falsch. Dabei erschien er ängstlich und schüchtern, sah mit starren Augen um sich und zuckte hin und wieder zusammen. Dann war er wieder sehr albern und kindisch, verzog das Gesicht zum Grinsen, warf ganz zusammenhangslose Wörter hin, sprang im Krankensaale herum, tat so, als ob er Kegeln schiebe und behauptete auch, auf einer Kegelbahn zu sein. Mit auf dem Rücken verschlossenen Armen, den Kopf nach unten geneigt raste er auf dem Vorplatze herum. Später sprach er öfters leise vor sich hin, zupfte fortgesetzt an seinem Rocke und legte sich auf den Fussboden hin, indem er Schwimmbewegungen machte. Dabei tat er immer vollkommen unorientiert und wollte sich an nichts erinnern.

Mit einem Male, anscheinend weil ihm die Sache langweilig geworden war, wusste er plötzlich sehr gut Bescheid, die Erinnerung war gut, er war genau orientiert und löste die gestellten Rechenaufgaben ganz richtig.

Zuletzt klagte er viel über Herzklopfen und Stiche in der Herzgegend.

Eines Nachmittags verschwand er aus dem Lazarett und kam erst in der Nacht zurück. Er hatte sich von einem Frauenzimmer mitnehmen lassen und mit ihr den Beischlaf vollzogen. Mit grossem Stolz erzählte er, dass er 12 Nummern geschafft habe.

Der körperliche Befund bot keine Unterlage für das Vorhandensein einer der bekannten Asthmasymptome. Das Endergebnis war, dass es sich um einen entarteten, minderwertigen, hysterischen, auf Grund des Alkoholmissbrauches entarteten Menschen handle. Seine subjektiven Klagen hätten infolge der bei ihm bestehenden nervösen Erscheinungen eine gewisse Berechtigung, ausgeschlossen sei nicht, dass infolge des reichlichen Alkoholgenusses eine Entartung des Herzens bestehe. Wenn man ihm auch nicht den Vorwurf der Simulation machen könne, sei doch eine starke Uebertreibung nicht von der Hand zu weisen, die in seiner Persönlichkeit ihre Erklärung finde. Dagegen sei er für die ihm zur Last gelegten Handlungen als verantwortlich anzusehen.

Anstaltsbeobachtung. Körperlicher Befund: Mässiges Lidflattern, Zungenzittern. Gang etwas unsicher. Starkes Händezittern. Bei Augenfusschluss Lidflattern und deutliches Schwanken. Bauchdeckenreflex fehlt. Nachröten der Haut. Lebhaftes Schweissabsonderung. Atmung dauernd stark beschleunigt, nach leichten Anstrengungen noch weiter gesteigert, pfeifend und auf die Entfernung hörbar. Schon bei kurzen Spaziergängen lautes Pfeifen, dabei schwere Zyanose.

Nach den Untersuchungen des Spezialisten für Herzkrankheiten Dr. B. hat das Herz Entenform und reicht links fast bis zur Mamillarlinie. Der Puls

ist sehr klein, weich, beschleunigt, der Blutdruck ist herabgesetzt. Das Elektrokardiogramm zeigt grosse Unregelmässigkeiten in der Herztätigkeit, und zwar Schwankungen, die teils positive, teils negative Phasen annehmen. Während der Beobachtung war er dauernd hochgradig ängstlich verstimmt, stöhnte und jammerte und klagte in zuweilen offenbar übertriebener Weise über Stiche und Schmerzen in der Herzgegend, Angst- und Beklemmungsgefühl. Er habe oft das Empfinden, dass er keine Luft bekommen könne, und wisse manchmal nicht, was er vor innerer Aufregung machen solle.

Auch wenn er sich nicht beobachtet wusste, zeigte er einen ängstlich gespannten Gesichtsausdruck, starrte meist mit weit aufgerissenen Augen, die Stirn in tiefe Falten gelegt, vor sich hin und machte dann einen hilflosen und verstörten Eindruck. Um die Vorgänge in seiner Umgebung kümmerte er sich gar nicht, an der Unterhaltung nahm er nicht teil, sprach überhaupt nur selten, sondern brütete stumpf und teilnahmslos vor sich hin oder wanderte planlos im Zimmer umher, ohne zur Ruhe kommen zu können.

Sobald ihn jemand berührte, fuhr er in übertrieben schreckhafter Weise zusammen, tat dann ganz verstört und konnte anscheinend vor lauter Erregung gar kein Wort hervorbringen. Ab und zu verlangte er in stereotyper, kindlich bittender Weise, nach Hause entlassen zu werden. Für alle Einwände und Belehrungen über seinen Zustand blieb er vollkommen taub.

Auch bei den Untersuchungen war er zu keiner Spontanäusserung zu bewegen. Er starrte geistlos vor sich hin, spielte an seinen Kleidern, alle Antworten mussten aus ihm herausgeholt werden. Nur anfangs vermochte er zu folgen, dann versagte er zusehends mehr und mehr, zuletzt gab er auf die einfachsten Fragen, die er unbedingt wissen musste, keine zutreffende Antwort mehr. Oertlich und zeitlich war er orientiert. Auffassungsvermögen und Gedankenablauf waren verlangsamt.

Vorübergehend war er freier, doch nach kurzer Zeit zeigte sich immer wieder die ängstliche Unruhe und Verstimmung.

Dass eine körperliche Erkrankung vorlag, konnte einwandsfrei festgestellt werden. Die chronische Herzmuskelerkrankung, die jedenfalls auf den Alkoholmissbrauch zurückzuführen war, erklärte zwanglos die Beschwerden, die er geäussert hatte. Ebenso liess sich eine ausgesprochene psychische Erkrankung feststellen. Neben einer psychischen Hemmung bestanden ängstliche Verstimmungszustände, die ebenfalls auf die Grundlage des Alkoholismus zurückzuführen waren.

Wenn Br. gelegentlich den Eindruck erweckte, dass er seine Beschwerden übertreibe, so ist das gar nichts besonderes bei ängstlichen und neurasthenischen Kranken.

Für die Zeit der Beobachtung in La. liess sich also Simulation und sogar bewusste Uebertreibung ohne weiteres ausschliessen. Sie liess sich auch für die Vorgänge im Lazarett nicht halten.

Nach den Akten hatte er ja vorher an asthmatischen Anfällen ge-

litten und da die Grundlage des Asthmas, die Herzerkrankung sich in der seitdem verstrichenen Zeit nicht entwickelt haben konnte, waren diese Anfälle schon bereits erklärt. Und da derartige Zustände ja durch psychische Erregungen, zu denen auch der Besuch des Arztes gerechnet werden muss, ausgelöst verstärkt und werden können, erklärt sich das Verhalten dem Arzte gegenüber zwanglos ohne Inanspruchnahme der Simulation.

Der Angeklagte wurde wegen Simulation freigesprochen. Nach einem Vierteljahre wurde er wegen Vornahme unzüchtiger Handlungen verhaftet, nochmals beobachtet für geisteskrank erklärt und einer Irrenanstalt überwiesen.

Fall 25. Landsturmmann August To., Werkführer, 38 Jahre alt. Am 16. 11. 1917 an die Front gekommen, meldete er sich am 24. 11. zusammen mit einem anderen Landwehrmann krank, wurde aber dienstfähig geschrieben.

Am 27. 11. wurde er auf dem Hauptbahnhofe Ha. festgenommen und einem Lazarett als Geisteskranker überwiesen, das ihn sofort nach La. weiter-schickte. Bei der Aufnahme erschien er vollkommen benommen. Er schien auf den Füßen vollkommen unsicher zu sein und schwankte hin und her. Die Augen riss er weit auf und brach oft in ein tierisches Lachen aus. Die meisten Fragen musste man ihm wiederholen. Oefters rieb er sich die Stirne.

Seine Vorgeschichte liess er sich ohne grosses Widerstreben herausholen, seine Personalien gab er prompt an. Keine erbliche Belastung. Er besuchte die Volksschule und war angeblich ein schwacher Schüler. Später wurde er Kutscher und war zunächst im Ha. in Stellung. 1901 heiratete er, er hat ein Kind, das es immer an den Augen hatte (tatsächlich eine recht ausgewachsene Tochter). Seit Jahren leide er an Syphilis. Noch in diesem Jahre sei er deshalb behandelt worden. Er wollte noch nie gerichtlich bestraft sein. Aus Versehen wurde zunächst ein falscher Auszug aus dem Strafregister geliefert, nach dem er tatsächlich unbestraft sein sollte. Am 5. 9. 16 sei er als Landsturmmann eingezogen worden und habe in Frankreich in der Nähe der Combres-Höhe gestanden. Weshalb er in die Heimat gekommen sei, könne er nicht sagen. Gestern habe man ihn auf einem Transport nach Hause geschickt. Körperlicher Befund negativ. Er machte nun zunächst dauernd einen schläfrigen und benommenen Eindruck. Ab und zu fragte er den Arzt in kindlicher Weise, ob er dann auch bald nach Hause komme. Dabei schrieb er einmal an seine Frau einen ganz einwandfreien Brief, den er durchzuschmuggeln versuchte. Am gleichen Tage riss er sich den Verband vom Fusse und verlangte grinsend, dass ihm das Bein abgeschnitten werde. Fragte man ihn irgend etwas, so gab er immer richtig, wenn auch sehr umständlich Antwort, indem er die Stirne rieb und blöde lachte. Oertlich und zeitlich war er orientiert. Im Tagesraum sass er bei dem übrigen Kranken und unterhielt sich mit ihnen sachgemäss, wenn auch affektlos. Das rechte Bein, an dem sich einige abgeheilte syphilitische Geschwüre befanden, legte er immer auf einen Stuhl. Erst Anfang Dezember wurde bekannt, dass gegen ihn ein gerichtliches Verfahren schwebt.

Im bürgerlichen Leben 14mal bis zu 8 Jahren Gefängnis wegen Diebstahls, Uebertretung, Betrugs, Körperverletzung, Sachbeschädigung, Hausfriedensbruchs und Zuhälterei bestraft. Während seiner aktiven Dienstzeit war er in die zweite Klasse des Soldatenstandes versetzt worden. Mehrfach disziplinarisch bestraft, weil er sich unter Vortäuschung von Krankheiten immer wieder krank meldete und vom Dienste zu drücken vermochte. Führung schlecht.

Bei der Ueberführung ins Feld war vom Ersatztruppenteil ganz besonders auf ihn hingewiesen worden. Er hatte wieder auf alle mögliche Art und Weise versucht, sich der Heraussendung ins Feld zu entziehen, indem er fortwährend neue Krankheiten vortäuschte. Trotz gründlichster Untersuchung war bei ihm nie etwas Positives nachzuweisen. Das Bataillon vermutete, dass er auch dort durch ähnliche Mittel versuchen werde, sich um den Dienst herumzudrücken. Bei der Untersuchung im Felde am Tage seiner Entweichung war nichts festzustellen gewesen. Nach den Angaben des anderen Landsturmmannes (der eine Augenkrankheit simulierte und später ein volles Geständnis ablegte) waren sie von der Truppe nach Metz gefahren, wo sie sich trennten. To., der in keiner Weise aufgefallen war, fuhr allein weiter.

Als To. der Inhalt der Akten vorgehalten wurde, leugnete er, sich von der Truppe entfernt zu haben. Auch sei er nie bestraft worden. Er könne sich noch so dunkel erinnern, dass er einmal Soldat zweiter Klasse geworden sei.

Dabei nahm er dem Arzte die Akten aus der Hand und sagte in kindlich schmollendem Tone: „Die habe ich nicht geschrieben“. Dann zeigte er auf eine andere Akte: „Da liegt wohl auch noch was“. Als ihm vorgehalten wurde, dass er aus der Stellung weggegangen sei, meinte er kopfschüttelnd: „Ich wohne Wagnerstrasse 4“. Dabei versuchte er in naiv trotziger Weise das Gespräch auf andere Dinge zu lenken. Zwischendurch wickelte er sich den Verband ab, hielt das Bein und sagte mit wichtiger Miene auf den Instrumententisch zeigend: „Das sieht ja beinahe aus wie ein Tisch“. Später lag er meist auf einem Sessel bequem hingeflegt ohne aufzustehen, wenn der Arzt kam, dem gegenüber er eine plumpe Zutraulichkeit zeigte. Stets benahm er sich völlig unmilitärisch. Er lief mit offenem Waffenrocke herum. Gelegentlich klagte er zutraulich, seine Klößen oder sein Pint täten ihm so weh. Auf einem Urlaub benahm er sich ganz geordnet. Stets gab er mit gleichmütigem Gesicht zur Antwort: „Das weiss ich nicht“. Jetzt wollte er nicht wissen, wann er zum Militär gekommen sei, ob und wo er im Felde gestanden habe und wie er von der Front hierher gekommen sei. Nach seiner Wohnung gefragt, aus der er eben gekommen war, suchte er lange, nannte die Strasse richtig und liess dann einige Tränen rinnen. Zwischen seine Antworten flocht er unter albernem Grinsen alle mögliche Bemerkungen ein, die nicht zur Sache gehörten. Wie lange er in La. sei, könne er nicht sagen. Es müsse ihn wohl Jemand im Wagen hergebracht haben. Zwischendurch stand er auf und sagte: „Jetzt kann ich ja wohl wieder fortgehen?“ Wie er glaube, sei er seit dem 5. November beim Militär, das wisse seine Frau ganz genau. Ueber seine aktive Dienstzeit machte er ganz genaue Angaben. Die Frage, ob er nicht Soldat zweiter Klasse geworden

sei, verneint er entrüstet. In Zivil sei er einmal mit einer Kleinigkeit bestraft worden. Dabei fragte er sofort wieder, ob er jetzt gehen könne.

Nach längeren Verhandlungen gibt er dann zu, jetzt in Ha. eingestellt worden zu sein. Dann habe ihn irgend einer in einem Zuge hingebracht, wohin, wisse er nicht, das sei in Dingsda gewesen. Auf energische Frage weiss er plötzlich genau, dass er nach Koblenz gebracht worden sei. Beim Arzte sei er wegen seiner kaputen Beine gewesen. Auf Anschauzen fällt ihm ein, er habe in Frankreich in der Nähe von Vi. gestanden. Er sei wohl ein halbes Jahr dort geblieben, Gefechte habe er nicht mitgemacht, „doch, halt, warten Sie, eins habe ich doch mitgemacht“. „Die werden mich wohl von dort fortgeschickt haben.“ Dann sei er auf der Bahn gewesen, es war ein ganzer Zug voll. Wie er gefahren sei wisse, er nicht: „Soll ich Ihnen einmal mein Bein zeigen, Herr Doktor?“ Er könne auch nicht zurückdenken, wie er in die Anstalt gekommen sei. Einer von den Wärtern habe ja gesagt, er sei ja hier wegen seines kaputen Beines. Im Kopfe sei er ganz richtig, er habe wohl manchmal im Kopfe so was wie Schmerzen, aber der Herr Wärter sage, das käme von Rheumatismus. Ueber seine Familien- und Berufsangelegenheiten war er in jeder Beziehung unterrichtet. Dabei war seine Auffassung ungestört, der Gedankenablauf nicht verlangsamt, sein Gedächtnis liess keine Lücken erkennen, auch im Verkehr mit dem Wärterpersonal hatte er für alle Gesprächsthemen, die in seine Verhältnisse hineinpassten, ein sachgemässes Urteil. Sobald man aber wieder auf seine militärischen Verhältnisse und vor allem auf seine Delikte kam, wich er sofort aus. Alle Wärter und Kranken seiner Abteilung kannte er mit Namen, die meisten auch mit Vornamen. Bei der körperlichen Untersuchung vermied er es diesmal hartnäckig, den Arzt anzusehen, sondern stierte nach oben. Beim Stehen mit geschlossenen Augen und Füssen schwankte er plump hin und her. Während der Untersuchung zitterte er grobschlägig mit der linken Hand, was sonst nie beobachtet worden war. Beim Beklopfen des Schädels wollte er die heftigsten Schmerzen auch dann empfinden, wenn der Hammer den Schädel garnicht berührt hatte. Bei der Gefühlsprüfung bezeichnete er die Nadelspitze als stumpf und den kirschkerngrossen Nadelknopf als spitz. Bei der Prüfung der Kniereflexe schlug er mehrere Male vor. Das Gutachten nahm an, dass die meisten Krankheitserscheinungen nicht als echt angenommen werden könnten.

In der Hauptverhandlung erschien er viel kindischer, als er sich sonst dargestellt hatte. Die einfachsten Fragen beantwortete er nicht, sondern grinste nur blöde und erklärte schliesslich: „ich bin jetzt in der Schule, der Leutnant hat gesagt, ich brauchte mich jeden Tag nur einmal zu melden. Mahlzeit! Er schien dann der Verhandlung gar nicht zu folgen. Und als sein Mitschuldiger gegen ihn aussagte, warf er ihm einen giftsprühenden Blick zu. Als ihm 5 Jahre Gefängnis zuerkannt wurden, schien er gänzlich unberührt davon zu bleiben.

Im Arrestlokal hatte er am ersten Tage seiner Entlassung aus La. einen schwer verblödeten Eindruck gemacht. Sofort nässte er ein, beim Sprechen schwankte er beständig hin und her, riss den Mund auf und grimassierte.

Nachdem er eine Zeitlang sein Essen nicht geholt hatte, wurde ihm energisch gesagt, wenn er die Dummheiten nicht lasse, werde er dafür bestraft werden. Darauf gab er sofort das Schwanken auf, stellte sich ordnungsmässig in die Reihe und liess sich sein Essen geben. Sonst kam er prompt allen Anforderungen nach.

Mehrere Tage nach seiner Verurteilung unterhielt er sich lebhaft mit einem anderen Soldaten, der in seiner Zelle lag, und sagte diesem, er sei nur 3 Tage von der Front weg gewesen und habe dafür 5 Jahre Gefängnis bekommen, das sei doch gar kein Verhältnis. Dann liess er sich vorführen und legte in vorschriftsmässiger Weise gegen das Urteil Berufung ein. Mit seiner Frau unterhielt er sich geordnet. Mehrere Male tuschelte er mit ihr leise und eifrig, so dass ihm das untersagt werden musste. Da er immer unmanierlicher wurde, wurde er am 11. 8. 1917 wieder nach La. gebracht. Jetzt musste er ausgezogen und vollständig besorgt werden. Dabei weinte er heftig, taumelte hin und her, klammerte sich an den Arzt an, und klagte: „Tun sie mir doch nichts, sie wollen mich ja schlagen“. Er blieb nun ruhig im Bette liegen, schien nichts zu sehen und zu hören und reagierte nicht auf Anreden. Nur zeitweise liess er ein gewaltiges Jammern hören. Wenn er sich nicht beobachtet glaubte, sah er frei und interessiert um sich. Sehr oft nässte er ein und verunreinigte sich mit Kot.

Einige Tage, nachdem er auf eine andere Abteilung verlegt worden war, sah er mal freier und interessierter um sich. Er ging auch selbständig auf das Klosett und hatte es sofort gefunden, obgleich er durch zwei Zimmer und einen Gang durchgehen musste. Dabei taumelte er immer wie ein schwer Gelähmter. Wenn er ass, war sein Gesichtsausdruck vollkommen frei. Redete man ihn dagegen an, so sah er sofort sehr blöde aus, steckte den Finger in den Mund und gab keine Antwort.

Am 23. 8. ging er wieder im Hemde nach dem Klosett, das im ersten Stockwerk lag, verschloss die Türe hinter sich und kletterte mit grosser Gewandtheit aus dem Fenster am Blitzableiter zur ebenen Erde. Sofort aufgenommene Nachforschungen blieben erfolglos.

Einige Tage nachher teilte ein sehr zuverlässiger Kranker mit, To. habe sich oft mit ihm unterhalten. Dabei habe er immer ganz verständig gesprochen. Einige Tage vor seiner Eentwischung hatte er ihn um Rat gefragt, wie er sich eigentlich verhalten solle. Ob er sich weiter verstellen oder die richtigen Antworten geben oder gar nichts sagen oder ausrücken solle. Er habe längst eingesehen, dass der Direktor ihm nicht glaube und dass er seine Strafe ganz abmachen müsse. Wenn er ausrücken werde, werde er sich seine Kleider in der Nähe der Anstalt besorgen lassen. In Ha. werde er schon von einem anderen Zuchthäusler andere Papiere bekommen, dann wolle er nach Le. fahren, wo ein Verwandter von ihm wohne und eine Wirtschaft betreibe. In Le. könne man ganz ruhig unangemeldet wohnen. Er wisse genau, was er in der Untersuchungshaft getan habe. Auch dort habe er sich nur verstellt, sich mit Absicht nass gemacht, die Kleider beschmutzt und die Waschschalen fallen lassen.

Der andere Kranke hielt ihn für einen zielbewussten Simulanten.

Am 21. 3. 1918 wurde To. in Ha. festgenommen. Er hatte zusammen mit einem anderen Fahnenflüchtigen mehrere schwere raffinierte Einbruchsdiebstähle verübt. Später hatte er einen Eilboten beauftragt, die Sachen aus dem Hause, in dem er sie zunächst aufgestapelt hatte, abzuholen und zu einem Hehler zu besorgen. Vorher hatte er mit der Wirtin des Hauses ganz genau Verabredungen getroffen. Als er festgenommen wurde, gab er einen falschen Namen an.

Auf Vorhalt gab er schliesslich seinen richtigen Namen an. Nach zwei Tagen erklärte er, er wolle nun sagen, dass er Soldat gewesen sei und zum Infanterieregiment 73 gehöre. Am 27. 3. gab er an, er sei lange im Vereinslazarett La. gewesen, sei aber nicht von dort entsprungen, habe auch keinerlei Diebstähle begangen. Wo er festgenommen worden sei, könne er nicht sagen, in dem Hause, wo er verhaftet worden sei, sei er noch nie gewesen.

In der Vernehmung schwankte er wieder hin und her und gab schliesslich ganz verwirrte Antworten. Als er vorher zum Verhöre geführt worden war, war der Gang vollkommen normal gewesen.

Bei der Festnahme hatte er sich „durchaus nicht wie ein Geisteskranker“ benommen. Erst einige Stunden nach der Festnahme begann er zu schwanken: „er simulierte offenbar“. In seiner alten Arbeitsstelle waren auch nie die geringsten Spuren von Geisteskrankheit und Gedächtnisschwäche bemerkt worden.

Bei der Aufnahme im Militärarresthaus taumelte er hin und her. Seine Zelle beschmutzte er mit Kot, Essen nahm er nur in den ersten Tagen zu sich, Befehle führte er nicht aus und auf Fragen antwortete er nicht. Am 4. 4. wurde er wieder nach La. gebracht. Auf der Fahrt dahin liess er seinen Kot in die Hosen, holte ihn heraus und beschmierte sich damit. Taumelnden Ganges kam er hereingestolpert. Bei Anreden schwankte er hin und her, stierte blöde vor sich hin und antwortete lallend wirres Zeug. Als er gebadet werden sollte, steigerte sich das Schwanken noch mehr und er griff Hilfe suchend um sich. Als der Wärter ihm sagte, er solle mal ruhig fallen, blieb er stehen. Später ass er, indem er dabei ausserordentlich stark zitterte.

Nun blieb er ruhig und teilnahmslos im Bette liegen, starrte mit blödem Gesichtsausdrucke vor sich hin und gab auf Befragen abgerissene und ganz sinnlose Antworten. Da er dauernd einnässte und einschmutzte, wurde er in ein Torfmullbett gelegt. Bei jeder Visite zeigte er vorwurfsvoll und bittend auf den Torf und sagte mit bittender Stimme: „Scheisse“ oder „bitte eine andere Kiste“. Als ihm eröffnet wurde, dass er ein anderes Bett bekommen werde, wenn er sich sauber halte, wurde das Einnässen geringer, er bediente sich mit vielem Anstande einer Ente und hielt sich zuletzt ganz sauber. Wenn er zu den Untersuchungen in das erste Stockwerk geführt wurde, ging er die Treppe herauf und herunter ohne jedes Schwanken und ohne das Geländer anzufassen. Sobald er das Untersuchungszimmer betrat, begann wieder das alte Schwanken. Dann sass er breitbeinig auf dem Stuhle, stierte wehmütig auf den Arzt und spielte geheimnisvoll an seinem männlichen Gliede.

Schliesslich wurde ihm wohlwollend und ernst gesagt, er möge doch die Simulation lassen, da es ihm doch nicht geglaubt und er nur noch dazu wegen Simulation bestraft werden würde. Während er bis dahin noch den alten Gesichtsausdruck zur Schau getragen hatte, wurde jetzt plötzlich sein Gesicht ernst und belebt, das Zittern hörte auf, beim Aufstehen schwankte er nicht mehr, er sah sehr nachdenklich aus. Er kämpfte längere Zeit mit einem Entschlusse, kam damit aber nicht zustande. Als er dann das Zimmer verlassen sollte, blieb er noch einmal stehen, kam ein paar Schritte zurück und wollte etwas sagen, kam aber nicht dazu.

Nachdem er in das Arresthaus zurückgebracht worden war, fing er vom ersten Augenblick an, wieder einzunässen und einzuschmutzen. Aufforderungen kam er nicht nach, schwankend lief er in seiner Zelle herum oder döste auf seiner Pritsche vor sich hin.

Vom ersten Tage ab setzte er mit der Nahrungsaufnahme aus. Darauf wurde er im Reservelazarett mit der Schlundsonde gefüttert. Schon nach dem ersten Male fing er an zu essen. In der Arrestanstalt schmutzte er wieder beständig ein. Darauf hatte einer der wachhabenden Unteroffiziere, der ihn von früher als einen durchaus gesunden, wenn auch moralisch minderwertigen Menschen kannte, mit ihm eine eingehende Unterredung. Jetzt begann To. in sich zu gehen und nach einigem Ueberlegen erklärte er, er sehe nun ein, dass er die Sache nicht länger durchführen könne und dass er sie jetzt aufstecken möchte.

Die grosse Schwierigkeit sei nur die, dass er, der gestern noch ganz verrückt gewesen sein wolle, jetzt plötzlich ganz normal sein solle.

Von da war er im Arrestlokal vollkommen ruhig und geordnet. Er gab das Schwanken auf, zitterte nicht mehr und gab, wenn auch kurz, so doch zutreffend Antwort. Dabei schmutzte er nicht mehr ein, ass manierlich und hielt seine Zelle in tadelloser Ordnung. Allen Aufforderungen kam er prompt nach und fügte sich glatt der Hausordnung.

In der Berufungsverhandlung erschien er auch ganz geordnet und gab seine Personalien prompt an. Als ihm erklärt wurde, die Verhandlung solle verschoben werden, bis eine zweite gegen ihn erhobene Anklage wegen Simulation usw. erledigt sei, erklärte er sich damit einverstanden und begab sich ruhig wieder in den Arrest. Nachdem er sich 2 Monate tadellos und unauffällig geführt hatte, entwich er zwei Tage vor der Hauptverhandlung mit einem Genossen aus dem Festungsgefängnis, obgleich besonders auf ihn geachtet wurde.

Nach einiger Zeit wurde er wieder verhaftet. Sofort machte er wieder einen so verblödeten und verwirrten Eindruck, dass er am 2. 11. von neuem nach Langenhagen gebracht wurde.

Wieder bot er das alte Bild eines vollständig dementen und verwirrten Mannes. Er äusserte Verfolgungsideen, schien sehr ängstlich zu sein und machte mehrere Strangulationsversuche. Zu fixieren war er überhaupt nicht. Er plapperte beständig in unzusammenhängender Weise vor sich hin.

Am 9. 11. erschien gelegentlich des Putsches eine Abteilung des Soldatenrates und setzte die Befreiung der für gesund gehaltenen Beobachtungsranken durch. To., der die Sachlage zunächst nicht überschaute und annahm, dass er wieder in Haft gebracht werden sollte, setzte sein Treiben in noch verstärktem Masse fort. Erst als ihm der Vorgang verständlich wurde, fiel in demselben Augenblicke die Geisteskrankheit von ihm ab.

Er war vollkommen geordnet und machte einen sehr intelligenten Eindruck.

Schliesslich gab er mit grösstem Behagen zu, dass er während der ganzen Zeit mit vollster Absicht simuliert habe, und gab seine Simulationskunststücke in allen Einzelheiten an. Auf die Dauer sei es ja sehr anstrengend gewesen, als einziger Gesunder zwischen lauter Geisteskranken den Verrückten zu spielen. Aber wenn es sich um 5 Jahre Gefängnis handele, sei das doch der Mühe wert.

Bemerkenswert ist bei To., der nach seiner Vorgeschichte kein Ausbund von normaler Gesinnung erscheinen mochte, die ausserordentliche Ausdauer und Zähigkeit, mit der er an seinen Simulationsbestrebungen festhielt, wobei er sich der heroischsten Mittel bediente, wenn auch die Nahrungsverweigerung leichter durchzuführen ist, als das dem Laien und Richter in der Regel scheint, sobald einmal die ersten Tage überwunden sind. Er hat lange mit Erfolg die schwierige Rolle eines organisch Geisteskranken durchgeführt. Da bei ihm eine schwere Syphilis vorlag, hatte man ihm eine beginnende Paralyse zu Gute gehalten und erst das dauernde Fehlen aller körperlichen Symptome im Vereine mit seiner Vorgeschichte, seinem Verhalten und seinen verschiedenen Geständnissen liessen es als nötig erscheinen, seine Simulationsbestrebungen aus dem Reiche des Bewussten herauszuführen. Bemerkenswert ist jedenfalls die eigenartige Heilung seiner Simulationspsychose.

Die Hartnäckigkeit, mit der er die auf die Dauer recht unbequeme Simulation durchgeführt hatte, erfuhr die verschiedenartigste Wertung, die in solchen Fällen auch der Psychiater je nach seiner Stellung zur Simulationsfrage diesem Verhalten angedeihen lässt. Der Vertreter der Anklage folgerte daraus, dass jemandem, der so lange und systematisch diesem mühseligen Theaterspiel obliege, eine recht beträchtliche Willenskraft und Zielbewusstsein zuerkannt werden müsse. Der Verteidiger berief sich mit ebenso tiefer Ueberzeugung darauf, dass nur ein Mann, der aus dem Normalen stark herausfalle, sich zu einem derart widerlichen und auf die Dauer anstrengendem Verhalten hergeben könne. Wie gewöhnlich liegt die Wahrheit in der Mitte.

Die allgemeine Stellungnahme zur Simulation, wenn sie selbst als Delikt gilt, steht auf einem erheblich anderen Standpunkte als die

Simulation, wenn sie nur als Nebenerscheinung in einem sonstigen Strafverfahren auftritt.

Im letzteren Falle gönnt man sie dem Täter gewissermassen als gutes Recht und als Mittel in seiner Abwehr der drohenden Bestrafung. Der Richter lässt sich darüber hinaus bei der Strafzumessung vielleicht nur insofern beeinflussen, als die Neigung einen minder „schweren Fall“ anzunehmen, von seiner Stellungnahme zur Simulation beeinflusst wird.

Im ersteren Falle aber kommen zunächst einmal sehr erhebliche Strafen in Betracht. Und dann drängt sich hier die Schwierigkeit der Entscheidung ein, ob der Täter simuliert hat in der Absicht, sich der Erfüllung seiner Dienstpflicht ganz oder teilweise zu entziehen.

Das ist ja nun auf den ersten Blick eine Feststellung, die lediglich der Richter zu treffen hat und die den Psychiater gar nichts angeht. Aber zum Ersatze dafür wird ihm vom Richter fast immer die Beantwortung der Frage zugeschoben werden, ob der Täter bewusst oder unbewusst simuliert hat. Das ist eine Frage, die bei der Abmessung der Zurechnungsfähigkeit nicht entfernt in diesem Masse gewürdigt zu werden braucht, und der man sicher nicht ungern aus dem Wege geht, weil gerade bei den Krankheitsformen, die hier am meisten in Betracht kommen, die Grenzen vollkommen verschwimmen. Und ob jemand bewusst gehandelt hat, lässt sich eigentlich nie mit Sicherheit sagen. Man befindet sich sofort wieder auf dem Boden der Vermutung und der subjektiven Anschauung.

Dann aber muss man sich vor Augen halten, dass man, wenn man zugibt, dass der Täter simuliert hat, in gewissem Grade nebenher auch die Frage mitbeantwortet, ob er das in der Absicht der Entziehung vom Dienste getan hat, falls noch sonstige Anzeichen vorliegen, die dafür sprechen, dass er sich mit dieser Absicht getragen hat, vor allem wenn kein sonstiger Grund vorliegt, der den Entschluss zur Simulation erklärlich machen könnte. Vergleicht man die Fälle, in denen diese Frage gestellt worden ist, so wird man nicht verkennen können, dass auch Vortäuschungs- und Uebertreibungsversuche gemacht worden sind, in denen sonstige forensische Beweggründe ganz zurücktreten. Die Absicht, der Dienstpflicht ledig zu werden, schimmerte auch hier oft deutlich durch. Oft wäre man hier weit mehr berechtigt gewesen, die Frage der Simulation in diesem Sinne zu bejahen, als in den wenigen Fällen, in denen sie tatsächlich gestellt wurde.

Man kann deshalb unschwer die Scheu der meisten Richter verstehen, schon bei anscheinend vorgeschützten körperlichen Krankheitserscheinungen diese Frage anzuschneiden, geschweige denn bei geistigen. Dazu ist den meisten Richtern mit der Zeit bekannt gewor-

den, wie schwer die Feststellung der Simulation ist, welche Bedeutung die subjektiven Anschauungen die Begutachter hier haben, und wie es gelegentlich zwischen den verschiedenen Gutachtern zu Widersprüchen in der Beurteilung kommt. Dazu sind die Simulanten erfahrungsgemäss sehr selten zu einem Geständnisse zu bringen.

Die Unsicherheit auf diesem Gebiete, die den Vertreter der Anklage davon abhält, allzu reichlich Strafanträge in dieser Richtung hin zu stellen, mag es auch sein, die den Richter veranlasst, nur selten deshalb sehr strenge Strafen zu verhängen, wie das Bennecke¹⁾ feststellt, obgleich die Simulation an und für sich gewiss nicht ein Vergehen ist, das gerade in militärischer Beziehung eine allzugrosse Nachsicht hinaufzubeschwören geeignet ist.

Auch der Richter hat in den meisten Fällen die Erfahrung gemacht, dass die Simulation, ebenso wie bei Selbstverstümmelung, die mit ihr ja eine sehr nahe Verwandtschaft hat, fast ausnahmslos auf einem Geistesboden erwächst, der nicht als normal bezeichnet werden kann.

Für den Psychiater liegen die praktischen Nutzanwendungen, die aus alle dem hervorgehen, noch deutlicher auf der Hand.

Selbstverständlich ist es, dass man alle Möglichkeiten, den Tatsachen auf den Grund zu kommen — möglichst lange und sorgfältige Beobachtung, die Erhebung einer möglichst genauen Vorgeschichte, die Benutzung aller erreichbaren Akten und Zeugenaussagen — erschöpfend ausnutzt.

Nicht genug kann betont werden, dass man sich gerade hierbei nicht von einer vorgefassten Meinung leiten lassen darf und die subjektive Auffassung nach Möglichkeit zurückzudrängen muss.

Die Vorsicht, die man hier walten lassen muss, steigert sich noch, wenn direkt die Frage nach der Simulation gestellt wird. Ist einmal, abgesehen von den vorgetäuschten Erscheinungen, eine Krankheit nachgewiesen, die über das Mass der gewöhnlichen Psychopathie hinausgeht, ist festgestellt, dass ein bemerkenswerter Grund von angeborenem Schwachsinn vorliegt, dass eine Hysterie nicht nur in Einzelsymptomen erkennbar ist, dann wird man sich im allgemeinen unbedingt davor hüten müssen, die Simulationsfrage zu bejahen, auch wenn man im Innersten noch so fest davon überzeugt ist, dass der Täter im erheblichen Masse sich der Uebertreibung und Vortäuschung schuldig gemacht hat und wenn man auch die Frage der Zurechnungsfähigkeit unbedenklich bejaht.

So weit allerdings darf diese Rücksichtnahme nicht führen, dass man sich durch die Schwierigkeit der Beurteilung dazu bewegen lässt,

1) Bennecke, a. a. o. S. 204.

die Frage zu verneinen, wenn man die geistige Gesundheit anerkennen muss. Geht der Widerwille, die Simulation überhaupt anzuerkennen, so weit, dann schafft nach allen Erfahrungen, die ich gemacht habe, das Haltmachen vor den tatsächlichen Verhältnissen eine Rechtsschädigung, die auch in praktischer Beziehung unbequeme Folgen haben könnte.

Jedenfalls ist es sehr angebracht, dass man den Richter über das Wesen der Simulation und die Schwierigkeiten in der Beurteilung aufklärt, damit nach beiden Seiten hin den Vertretern der Simulation ihr Recht zu Teil wird.

XXIV.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Charité in Berlin. **Einige Schlussfolgerungen aus der psychiatrischen Krankensbewegung während des Krieges¹⁾.**

Von

K. Bonhoeffer.

~~~~~

Jetzt, wo wir am-Ende des Krieges stehen und 4 Kriegsjahre überblicken, ist der Zeitpunkt gekommen, den Einfluss des Krieges auf die psychiatrische Krankensbewegung zu studieren. Was uns dabei interessiert, ist die Frage, deren Beantwortung schon bei früheren Kriegen grosse Schwierigkeiten machte und keine sichere Lösung fand, ob sich eine Zunahme, Abnahme oder ein Gleichbleiben der Geisteskrankheiten während des Krieges feststellen lässt und welche Schlussfolgerungen auf die ätiologische Bedeutung der den Krieg begleitenden Schädigungen für den Ausbruch der Geisteskrankheiten sich ziehen lassen. Es ist klar, dass bei einer solchen Untersuchung die grösste Vorsicht geboten ist, weil während des Krieges eine ganze Anzahl äusserer von den Ursachen der Geisteskrankheiten unabhängiger Umstände auf die Krankensbewegung der Kliniken und Anstalten von Einfluss gewesen ist.

Kaum eine wesentliche Förderung unserer Fragestellung wird man von einer Gesamtzählung der Geisteskranken erwarten dürfen. Wenn wir hören, dass vom Jahre 1913 zum Jahre 1917 die Zahl der Männer in den öffentlichen Anstalten Preussens von 21509 auf 22263, also um 3,5 pCt. gestiegen ist, während die Zahl der Frauen von 14227 auf 11489, also um 19 pCt. gesunken ist, so wäre es verfehlt, daraus Schlussfolgerungen derart zu ziehen, dass die Kriegserlebnisse auf die männliche Bevölkerung psychosenfördernd, auf die Frauen entgegengesetzt gewirkt haben. Dass das falsch ist, ergibt sich aus der Zählung der grösseren Privatanstalten, wo die Männereufnahmen von 3732 im

---

1) Vortrag in der Februarsitzung 1919 der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Jahre 1917 auf 2858, also um 23 pCt. heruntergegangen sind, während die Frauen in dem Vergleichsjahr von 2985 auf 3149 gestiegen sind, demnach eine Zunahme um 6 pCt. erfahren haben, also das umgekehrte Verhältnis wie in den öffentlichen Anstalten<sup>1)</sup>.

Es ist klar, dass hier die besondere Gestaltung äusserer Verhältnisse eine entscheidende Rolle gespielt hat. Dadurch, dass zahlreiche Anstaltsbetriebe durch die Einrichtung als militärische Nervenlazarette eine Umstellung erfahren haben, wurden mancherorts Aufnahmebeschränkungen für die bürgerliche Bevölkerung nötig. Das betraf in besonderem Masse wohl die Frauenaufnahmen. Das mag eine gewisse Abwanderung der letzteren in die Privatanstalten zur Folge gehabt haben, die vielleicht noch durch die günstige Gestaltung der Lohnverhältnisse während des Krieges eine Förderung erfahren hat. Auch die guten Erwerbsmöglichkeiten mögen auf den Anstaltszugang von Einfluss gewesen sein, insofern manche minder Konkurrenzfähige während des Krieges im Erwerbsleben geblieben sind, die sonst vielleicht in die Anstalten abgeschoben worden wären. Bei der Zunahme der Männer und der Abnahme der Frauen in den öffentlichen Anstalten mag die Neigung der Heeresverwaltung, zunächst die öffentlichen Irrenanstalten zu belegen, Bedeutung gewonnen haben. Es kommen noch manche anderen äusseren Umstände, die die Krankenbewegung beeinflusst haben, hinzu, auf die ich nicht eingehen will. Auf dem Wege solcher allgemeinen Massenzählung sind fruchtbare Ergebnisse für unsere spezielle Frage nicht zu erwarten. Mehr hätte man sich versprechen, wenn eine alle Anstalten umfassende, die einzelnen Krankheitskategorien differenzierende Zählung gemacht würde, in der zum Ausdruck käme, in welchem Prozentverhältnis die einzelnen Erkrankungen vor dem Kriege und während desselben aufgetreten sind und in der für jede Anstalt gleichzeitig auch die äusseren Ursachen für Aenderungen der Krankenbewegung aufgeführt und in ihrem Einfluss abgewogen würden. Solche Zählungen der hauptsächlichsten Krankheitsformen sind in grösserem Umfang bis jetzt meines Wissens nicht gemacht worden, nur für den Alkoholismus liegen sie aus einzelnen Kliniken und neuerdings auf Veranlassung des Ministerium des Inneren für Preussen vor.

Ich lege Ihnen eine prozentuale Berechnung aus der Charité vor. Der Bearbeitung eines solchen kleinen Materials haften natürlich die Mängel kleinerer Zahlen für jede Statistik an, andererseits bietet ein

---

1) Die Zahlen verdanke Herrn Kollegen Beninde, vortragendem Rat im Ministerium des Innern.

solches Material vielleicht den Vorteil sorgfältiger und einheitlicher Diagnosestellung. Hinsichtlich der äusseren die Krankenbewegung beeinflussenden Faktoren liegen die Verhältnisse der Charité nicht ungünstig, weil die äusseren Umstände der Aufnahmeverhältnisse sich nicht wesentlich gegen die Friedenszeit verändert haben. Wir hatten uns zwar der Militärverwaltung für die Aufnahme erkrankter Soldaten zur Verfügung gestellt, hatten uns aber die Freiheit, aufzunehmen und abzulehnen, vorbehalten. Dadurch waren die für die Aufnahme geltenden Gesichtspunkte nicht wesentlich verändert. Die Frauenabteilung hatte allerdings eine Aenderung erfahren, insofern eine Abteilung für hirn- und nervenverletzte Soldaten abgesondert wurde. Dadurch ist die absolute Zahl der zur Aufnahme gelangenden Frauen gegenüber der Friedenszeit herabgesetzt und dementsprechend die Prozentberechnung grösseren Zufälligkeitsschwankungen ausgesetzt worden. Man kann bei unserer Zusammenstellung den Einwand machen, dass die Aufnahmen der Klinik nicht den natürlichen aus der Bevölkerung sich ergebenden Zuwachs an psychischen Erkrankungen darstellen, sondern im gewissen Sinne eine Auswahl für die Zwecke der Klinik. Es ist aber zu bemerken, dass gerade die akuten psychotischen Fälle, also diejenigen, die für die Frage der Kriegsätiologie vorwiegend in Betracht kommen, so gut wie ausnahmslos aufgenommen worden sind. Abweisungen in stärkerem Umfang fanden höchstens bei alten Fällen, besonders auch bei alten fortgeschrittenen Paralysen statt. Doch war dieser Brauch in den Friedensjahren ebenso gewesen, so dass die Verhältnisse in dieser Hinsicht nicht geändert sind.

Die Tabelle geht vom Jahre 1913 aus. Es wäre erwünscht gewesen, den Kriegsjahren auch mehrere Friedensjahre entgegenstellen zu können. Das war aber untunlich, weil die Verschiedenheit der klassifikatorischen Betrachtungsweise meines Vorgängers und der jetzt gehandhabten eine einheitliche Verwertung des Materials vor dem Jahre 1913 wenigstens hinsichtlich der endogenen Zustände schwierig gestaltet hätte.

Ich habe mich bei der tabellarischen Uebersicht auf die hauptsächlichsten Erkrankungen beschränkt. Nicht aufgeführt sind die Epilepsie, die nicht schizophrenen paranoischen und paranoiden Prozesse, diesymptomatischen, die arteriosklerotischen, senilen, luischen Psychosen, die sonstigen organischen Prozesse, die Rentenbegutachtungen, die forensischen und anderen Begutachtungen, die unklaren Fälle. Die relativ kleinen Zahlen, in denen ein Teil dieser Erkrankungen auftrat, liess doch keine sicheren Schlussfolgerungen zu und bei den anderen interessierte der Zusammenhang mit dem Kriege nicht. Die Epilepsie habe

ich an anderer Stelle schon besprochen<sup>1)</sup>. Es ist klar, dass nur größere Veränderungen in der Aufnahmeziffer Schlussfolgerung enzulassen.

|      | Schizo-<br>phrenie |      | Manisch-<br>depressive<br>Erkrankun-<br>gen |      | Progressive<br>Paralyse |      | Hysterie,<br>Psycho-<br>pathie |      | Alkoholis-<br>mus |     | Morphinis-<br>mus,<br>Kokainismus |      |
|------|--------------------|------|---------------------------------------------|------|-------------------------|------|--------------------------------|------|-------------------|-----|-----------------------------------|------|
|      | M.                 | Fr.  | M.                                          | Fr.  | M.                      | Fr.  | M.                             | Fr.  | M.                | Fr. | M.                                | Fr.  |
| 1913 | 7,9                | 18,2 | 2,0                                         | 6,0  | 13,5                    | 6,25 | 12,0                           | 15,0 | 12,4              | 3,7 | 0,24                              | 0,53 |
| 1914 | 9,5                | 16,0 | 1,2                                         | 7,9  | 12,3                    | 6,09 | 16,6                           | 21,0 | 11,6              | 3,3 | 0,25                              | 0,22 |
| 1915 | 8,8                | 16,0 | 1,6                                         | 8,5  | 6,0                     | 4,6  | 36,0                           | 15,7 | 8,9               | 1,9 | 1,06                              | 0    |
| 1916 | 8,0                | 13,0 | 2,2                                         | 11,9 | 9,2                     | 3,0  | 26,0                           | 12,0 | 3,2               | 0   | 0,75                              | 2,4  |
| 1917 | 7,9                | 16,0 | 1,2                                         | 4,3  | 8,1                     | 4,8  | 25,4                           | 20,0 | 1,8               | 0,5 | 0,9                               | 0    |

Bei der Schizophrenie sehen Sie, dass nur geringfügige Schwankungen sowohl bei Männern wie bei Frauen sich ergeben. Ich habe diese Tabelle schon im vergangenen Jahre einmal in dieser Gesellschaft bis zum Jahre 1916 reichend vorgelegt. Auch das Jahr 1917 hat sich in demselben Rahmen gehalten, es hat sich zufällig sogar genau dieselbe Prozentzahl wie im Jahre 1913 ergeben.

Bei den manisch-depressiven Erkrankungen sind auf der Männerseite die Zahlen ziemlich gleich geblieben, jedenfalls ist von einer ausgesprochenen Zunahme oder einem Rückgang der Erkrankungen nicht die Rede. Bemerkenswert ist die geringe absolute Zahl, in der wir die manisch-depressiven Erkrankungen bei den Männern überhaupt auftreten sehen. Das zeigt sich auch darin, dass während in Friedenszeit das Verhältnis der Aufnahmen von Manisch-depressiven zu Schizophrenen etwa 1 zu 4 ist, es während der Mehrzahl der Kriegsjahre sich wie 1 zu 5 oder 1 zu 6 verhält, und während im allgemeinen die manisch-depressiven Erkrankungen bei Frauen im Durchschnitt etwa 2 bis 3 mal so häufig als bei Männern in dem Anstaltsmaterial sich finden, hat sich auch dieses Verhältnis in demselben Sinne verschoben, dass die manisch-depressiven Mäneraufnahmen nur  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{6}$  der Frauen betragen. Ich möchte mich enthalten, daraus irgend welche Schlussfolgerungen zu ziehen, insbesondere nicht die, dass die manisch-depressiven Erkrankungen hier überhaupt seltener wären. Was ich sonst in Poliklinik und in der Bevölkerung sehe, spricht durchaus nicht in diesem Sinne.

Auch bei der progressiven Paralyse liegen die Verhältnisse so, dass jedenfalls von einer Zunahme der Paralyse in unserem Material nicht gesprochen werden kann.

1) Diese Monatschrift. 1915. 38. Bd.

Ausgesprochene Zunahmen sehen wir bei der psychopathischen Konstitution, und zwar auf der Männerseite. Wir sehen ein Ansteigen von 12 auf 25 pCt., im Jahre 1915 sogar auf 36 pCt. Es bedarf das keiner weiteren Erklärung. Bald nach Kriegsbeginn wurde es ersichtlich, dass für diese Kategorie der psychisch Labilen der Krieg ein ausserordentlich anfallförderndes Agens geworden ist.

Als Gegenstück sehen wir, wie der Alkoholismus von 12 pCt. auf 1,8 pCt. im Jahre 1917 zurückgegangen ist, und zwar ergibt sich deutlich ein vom Jahre 1916 ab besonders sich steigernder Rückgang. Im Jahre 1918 wird der Prozentsatz noch niedriger, er ist auf 0,6 heruntergegangen. Wie die Statistiken von anderwärts lehren und eine Erhebung innerhalb Preussens, die wie ich annehme, bald bekannt gegeben werden wird, zeigt, handelt es sich um eine durch das ganze Reich gehende Erscheinung. Durch die Freundlichkeit des Generalsekretärs des Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke, Herrn Prof. Gonser, habe ich aus einer grossen Anzahl von Alkoholfürsorgestellen des Reichs Berichte über den Alkoholismus während des Krieges bekommen. Die Jahreszugänge dieser Fürsorgestellen, die zusammen vor dem Krieg etwas mehr als 6000 betrugen, sind auf etwa 500, also um etwa 90 pCt. zurückgegangen. Das entspricht ziemlich genau den Zahlen, die die Krankenhausstatistik ergibt.

Von Einzelheiten, die sich aus dieser Enquête ergeben, ist bemerkenswert, dass Süddeutschland an der Abnahme etwas weniger Teil zu nehmen scheint. Es erklärt sich das wohl daraus, dass der in Süddeutschland übliche Weinkonsum weniger stark durch die Kriegsverhältnisse beeinflusst worden ist, und dass die dort häufigen, kleinen Hausbrennereien für Fruchtschnäpse gesetzlich weniger leicht fassbar sind. Ein zweiter Punkt ist, dass der Rückgang des weiblichen Alkoholismus nicht ganz Schritt hält mit dem männlichen, Das war eigentlich zu erwarten. Es ist eine alte Erfahrung, dass Frauen, wenn sie zum Alkoholismus gelangen, schwerere Formen zu zeigen pflegen. Sie kommen weniger aus sozialen, als aus Gründen der endogenen psychopathischen Anlage zum Alkoholismus. Dazu kommt nun in den Kriegszeiten das Hereinwachsen der Frauen in die männlichen Arbeits- und damit auch Trinkgewohnheiten und dazu die geringere Toleranz der Frau gegen Alkoholika.

Das Verschwinden des Alkoholismus ist auch noch in anderer Richtung von ätiologischem Interesse. Es ist eine sehr vielen Psychiatern noch geläufige Vorstellung, dass dem Alkoholismus auch abgesehen von seiner ätiologischen Bedeutung für die alkoholistischen Geistesstörungen im engeren Sinne eine erhebliche auslösende Bedeutung auch für die



Entwicklung anderer Geistesstörungen zukomme. Die Siemerling'sche Schule, speziell E. Meyer ist bekanntlich der Ansicht, dass der chronische Alkoholmissbrauch jede Form geistiger Störung hervorrufen kann. Von Kraepelin und von den Franzosen ist versucht worden, Gründe dafür geltend zu machen, dass bei der Entwicklung der progressiven Paralyse dem chronischen Alkoholismus eine auxiliäre Bedeutung zukommt. Wäre das richtig, so wäre zu erwarten, dass sich das jetzt, wo wir seit einigen Jahren in der Anamnese kaum mehr etwas von Alkoholismus hören, in einem Rückgang auch der nicht alkoholistisch psychischen Erkrankungen ausspräche. In meinem Material ist davon nichts zu bemerken. Oehmig weist in seinem Dresdener Material darauf hin, dass die alkoholistischen Anamnesen bei seinen Geisteskranken von 310 vor dem Krieg auf 54 im Jahre 1917 zurückgegangen sind, während in der Aufnahmezahl der Geisteskranken sich keine entsprechende Aenderung gezeigt habe. Sicherer wird sich über diese Frage urteilen lassen, wenn wir das Glück haben, noch einige Jahre alkoholismusfrei zu sein, weil dann auch der Einwand nicht mehr gemacht werden kann, dass der frühere Alkoholismus noch nachwirkt.

Auch die Frage der chronisch paranoiden Alkoholpsychosen, deren Existenz besonders von Kraepelin betont worden ist, wird jetzt vielleicht einer Klärung entgegenzuführen sein. Wenn es richtig ist, wie ich annehme, dass bei diesen sogenannten chronischen Alkoholpsychosen der Alkoholismus nur eine Begleiterscheinung darstellt, die der ersten Krankheitsphase vielleicht eine besondere Färbung gibt, während das Wesentliche das endogene Moment ist, so werden diese Krankheitsfälle auch jetzt noch unabhängig vom Alkoholabusus zur Beobachtung kommen müssen. Klarheit über diese Punkte zu bekommen, ist im Interesse einer schärferen ätiologischen Gruppierung der einzelnen Geisteskrankheiten durchaus geboten, und es ist zu hoffen, dass uns die Zeit der Zwangsnüchternheit das ermöglicht.

Zum Schluss habe ich noch die Tabellen des Morphinismus und Kokainismus aufgeführt. Die Tatsache, dass es sich bei der Abnahme des Alkoholismus nicht um selbstgewählte Enthaltbarkeit, sondern um eine Zwangsnüchternheit handelt, lässt daran denken, dass das narkotische Streben in dieser einer Stimmungshebung so sehr bedürftigen Zeit andere Wege sucht. Aus der Mitteilung der Alkoholfürsorgstellen und auch aus eigenem Erfahren wissen wir, dass die Nachfrage nach Hoffmannstropfen, Baldriantinktur und ähnlichem erheblich gestiegen, dass der Genuss von vergälltem Spiritus sehr zugenommen hat. Eine wesentliche Bedeutung kommt dieser Quelle des Alkoholis-

mus aber kaum zu. Von besonderem Interesse war es zu erfahren, ob etwa das Morphinum oder Kokain in stärkerem Grade an Stelle des Alkohols getreten sei. Tatsächlich besteht ohne Zweifel eine Zunahme des Morphinismus. Während 1913 der Prozentsatz der Morphinisten und Kokainisten zusammen 0,24 ausmachte, betrug er die folgenden Jahre das 2 bis 3 und noch mehrfache. Der Anteil bleibt aber auch im Jahre 1917 noch unter 1 pCt. Im Jahre 1918 ist es jetzt so, dass die Zahl der Morphinistenaufnahmen die der Alkoholisten ganz erheblich übersteigt. Wir haben unter den Aufnahmen der Männerabteilung 0,6 pCt. Alkoholisten und 2 pCt. Morphin-, bzw. Kokainsüchtige, bei den Frauen Alkoholistinnen 0 pCt. und Morphinistinnen 4 pCt.

Die Nachfrage bei einigen sich mit Morphin- und Kokainentziehungen beschäftigenden Sanatorien ergab eine Bestätigung dieser Beobachtung. Eine wesentliche Steigerung, vor allem der Morphinisten, wird berichtet.

Um einen Ersatz des Alkoholismus durch diese Intoxikationen handelt es sich aber nicht. Das ergibt die Durchsicht der Krankengeschichten, die in keinem Fall die Ablösung des Alkohols durch Morphinum oder Kokain zeigt. Die wesentliche Ursache für die Zunahme liegt in der vermehrten Anwendung des Morphiums, die der Krieg mit sich gebracht hat. Schwestern, Offiziere, Soldaten sind es vor allem, die den Kreis der Konsumenten bilden. Es mag auch sein, dass die Unzulänglichkeit und Einförmigkeit der Ernährung, wie sie auch die Neigung zum Tabakgebrauch gesteigert hat, das Loskommen von dem ursprünglich ärztlich verordneten Morphinum erschwert hat.

Unsere Prozentberechnung gibt mit bemerkenswerter Anschaulichkeit das Wesentliche der psychiatrischen Kriegserfahrungen wieder. Nur die psychopathischen Konstitutionen einschliesslich der Hysterie und von den Intoxikationspsychosen der Alkoholismus und Morphinismus zeigen in ihrem zahlenmässigen Auftreten eine ins Auge fallende Aenderung. Die Ursachen dafür liegen in den uns bekannten Kriegsverhältnissen. Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankungen und progressive Paralyse sind in ihrem Häufigkeitsverhältnis kaum verändert. Der Schluss, den meines Erachtens auch die Individualbeobachtung ergibt, dass bei diesem letzteren die Kriegsverhältnisse einen irgend welchen ausschlaggebenden Einfluss nicht ausgeübt haben, drängt sich auf. Er wird noch zwingender werden, wenn auch andernorts ähnliche Untersuchungen in grösserem Umfang dieses Ergebnis bestätigen. Dass Kriegserlebnisse, wie Unterernährung, Erschöpfung und Emotionen keinen nachweisbaren Einfluss auf den Ausbruch dieser Psychosen ausüben, ist nicht nur von der

bisher fast ausschliesslich betrachteten praktischen Seite der Dienstbeschädigungsfrage aus wichtig. Hier, kann man sagen, ist es schliesslich gleichgültig, ob der Militärfiskus oder die Gemeinde die Geisteskranken versorgt. Je schärfer aber die Bedeutungslosigkeit der genannten exogenen Faktoren sich allmählich hervorhebt, um so eindringlicher wird die ätiologische Forschung sich der Aufklärung der inneren somatischen Entstehungsbedingungen dieser Psychosen zuwenden müssen.

---

## XXV.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meyer).

### **Zwei Fälle von Haarausfall nach Kopfschussverletzung.**

Von

**Franz Pfabel,**

approb. Arzt.

Es ist wohl allgemein anerkannt, dass man für diejenigen Alopezien beim Menschen, deren Aetiologie unbekannt ist, nicht eine einheitliche Krankheitsursache annehmen kann. Wahrscheinlich ist es, dass es unter diesen eine Alopezie (und zwar eine Alopecia areata) gibt, die einen parasitären Ursprung hat. Trennt man aber diese Fälle ab, so findet man in der Literatur die verschiedensten Theorien zur Erklärung der Entstehung der übrigen Alopezien. Zwei eigenartige Fälle von Alopezie nach Kopfschussverletzung, die ich aus der hiesigen Klinik mitteilen möchte, geben Veranlassung, auch auf die Entstehungsbedingungen der Alopezien allgemein einzugehen<sup>1)</sup>.

Fall 1. 26jähriger Trainfahrer W., im Zivilberuf Maler, unverheiratet. Mutter und Vater des Pat. sollen nervös gewesen sein. Eine Schwester der Mutter befindet sich in einer Nervenheilanstalt. In der Schule hat W. gut gelernt, im Alkoholgenuss ist er mässig gewesen. Keine Geschlechtskrankheiten. 1910 will er 3 Monate an einer Bleivergiftung krank gelegen haben. Am 17. 8. 1914 trat er als Kriegsfreiwilliger ins Heer ein und rückte anfangs des Jahres 1915 ins Feld. Am 3. 11. 1916 wurde er durch Minensplitter an der rechten Kopfseite und am linken Fusse verwundet. Er will etwa 3 Stunden nach der Verwundung bewusstlos gewesen sein. Blutaustritt aus Nase und Mund hat er nicht bemerkt, jedoch hat er mehrmals erbrochen. Lähmungserscheinungen haben nie bestanden. Am 13. 11. wurde eine Revision der Kopfwunde vorgenommen. In den ersten Wochen nach der Verwundung begannen dem Pat. die Haare auszugehen. Es traten kreisförmige, kahle Stellen auf, die allmählich konfluerten. Nach 6 Wochen war der Kopf völlig kahl. In weiteren 6 Wochen verlor W. auch die Barthaare und die übrigen Haare des Körpers. Nur in den Achselhöhlen blieben wenige Haare stehen. In den nächsten Monaten traten am Bauch und am Rücken weisse Flecken auf. Während dieser ganzen Zeit bestanden dumpfe Kopfschmerzen,

1) cf. Demonstration der Fälle im Ver. f. wissensch. Heilkunde durch A. Pelz. Deutsche med. Wochenschr. 1918. Nr. 29.

die zeitweise exazerbierten, und ein Zucken von der Wunde nach der Stirne zu. Am 1.2. 1917 wurde er zu seinem Ersatztruppenteil entlassen und tat leichten Dienst bis zum Beginn des Jahres 1918. Nach mehrmaliger Untersuchung auf der Kopfschussstation des Festungshilfslazarets I in Königsberg i. Pr. wurde er am 26. 2. in die Psychiatrische und Nervenlinik aufgenommen.

Befund vom 26. 2. Gut entwickelter Mann. Hör- und Sehfähigkeit normal. Keine Geschmacks- und Geruchsstörungen. Organe der Brust- und Leibeshöhle ohne krankhaften Befund. Puls regelmässig, 72 in der Minute. Hoden von normaler Grösse, in richtiger Lage. Vor und über dem rechten Ohr befindet sich eine 4 cm lange, verschiebbliche, etwas druckempfindliche Narbe. Eine Röntgenaufnahme des Schädels lässt keine Knochenverletzung erkennen. Vollkommenes Fehlen der Haare auf dem Kopf, der Augenbrauen, der Bart- haare in Kinn-, Wangen- und Lippengegend. Auch am ganzen übrigen Körper, auf der Brust und in der Schamgegend fehlen die Haare, nur in den Achselhöhlen finden sich einzelne, blonde, lange Haare. Auf dem Kopf sieht man fleckweise ganz feine weisse Lanugohaare, ebenso in der Brauengegend. Sonst zeigt die Haut des Kopfes normale Beschaffenheit. In der rechten Leistengegend befindet sich ein 8 cm langer, 3 cm breiter weisser Vitiligofleck mit konvexem Rand, ausserdem 4 kleinere Flecke von unregelmässiger Form. In der linken Leistengegend sieht man einen fast runden weissen Fleck, ungefähr von 5 Markstückgrösse. In der Umgebung 5 kleinere, etwa ovale Flecke. Die Vorderseite des Hodensackes wird von einem grossen, weissen Fleck eingenommen. In der Kreuzbeingegegend befindet sich ein weiterer ovaler weisser Fleck, der 10 cm lang, 2 cm breit ist, darüber mehrere kleinere unregelmässige Flecke. Die Umgebung der Flecken ist etwas pigmentreicher als die übrige Haut. Sonst zeigt die Haut an den Vitiligoflecken normale Beschaffenheit. An dem linken inneren Fussknöchel befindet sich eine kleine verschiebbliche Narbe.

Die Untersuchung des Nervensystems ergibt: Pupillen reagieren auf Licht- einfall und Konvergenz, die Augenbewegungen sind frei, der Konjunktival- und Kornealreflex ist vorhanden, ebenso der Rachenreflex. Die Hirnnerven sind sämtlich intakt. Die Reflexe der oberen Extremitäten sind vorhanden. Knie- sehnensreflex und Achillessehnenreflex sind lebhaft. Kein Fussklonus, kein Babinski. Abdominal- und Cremasterreflex sind vorhanden. Die Motilität der Arme und Beine ist frei. Jedoch besteht eine allgemeine Kraftlosigkeit der Muskelleistung. Romberg negativ. Berührungs-, Schmerz-, Temperatur- und Tiefensensibilität ist am ganzen Körper ohne Abweichung von der Norm.

Das geschlechtliche Verlangen soll seit der Verwundung erheblich ab- geschwächt sein. Zuweilen Erektionen morgens, Pollutionen alle 14 Tage bis 3 Wochen. Fast dauernd dumpfe Kopfschmerzen, die zeitweise exazerbieren, öfters Stechen um die Augen herum. Zuckungen von der Wunde aus nach der Stirn werden empfunden. Im psychischen Verhalten keine auffälligen Er- scheinungen.

Fall 2. Flieger Sm., im Zivilberuf Schlosser. Will auf der Schule gut gelernt haben. 1912 soll er an einem Lungenspitzenkatarrh gelitten haben.

Potus und venerische Krankheiten werden negiert. Im November 1915 wurde er eingezogen. Ab Januar 1916 lag er 2 Monate wegen eines Kehlkopfkatarrhs im Lazarett. April kam er ins Feld und wurde im September durch einen Granatsplitter an der Stirne verwundet. Er will 12 Tage nach der Verwundung bewusstlos gewesen sein. Keine Sprachstörungen, keine Lähmungen traten auf, nur zeitweise Schwindelgefühl und Kopfschmerzen. Nach 2 Monaten wurde er aus der Lazarettbehandlung entlassen und im Januar 1917 zu den Fliegern versetzt. Im September bemerkte er ein taubes Gefühl in der Stirngegend, öfters litt er unter Kopfschmerzen. Die Kopfhaare begannen ihm allmählich strichweise auszufallen. Am 12. 12. meldete er sich krank und kam zunächst in ein Kriegslazarett in Mitau, dann nach Libau. Er wurde dort mit Elektrisieren des Kopfes und wegen seiner Schlaflosigkeit mit Schlafmitteln behandelt. Mit Lazarettzug kam er in die hiesige psychiatrische und Nervenlinik.

Befund vom 12. 2. 1918. 1,65 m grosser Mann von kräftigem Körperbau, gut ausgebildeter Muskulatur und genügendem Fettpolster. In der Medianebene der Stirn befindet sich eine 5 cm lange, gut verheilte, blasse, verschiebbliche Narbe. Einige Zähne in Ober- und Unterkiefer sind kariös. An den seitlichen und hinteren Partien des behaarten Kopfes befinden sich 7 längliche, kahle Stellen. Sie haben fast alle eine ungefähr ovale Form, einige sind fast streifenförmig. Der Uebergang in die behaarten Stellen ist ein allmählicher. Die Haut zeigt an den kahlen Stellen normales Aussehen und normale Spannung. An den Organen der Brust- und Leibesöhle lassen sich keine krankhaften Erscheinungen nachweisen. Hoden von normaler Grösse, in richtiger Lage.

Die Untersuchung des Nervensystems ergibt: Pupillen mittelweit, reagieren auf Lichteinfall und Konvergenz gut. Lidflattern. Konjunktival- und Kornealreflex vorhanden, ebenso der Rachenreflex. Reflexe der oberen Extremitäten prompt auslösbar. Kniesehnen- und Achillessehnenreflex sehr lebhaft. Abdominal- und Cremasterreflex vorhanden. Kein Patellar- und Fussklonus. Babinski und Oppenheim nicht vorhanden. Starkes vasomotorisches Nachröten. Motilität der Extremitäten frei. Keine Ataxie, kein Tremor. Bei Lidfusssohluss psychogenes Schwanken. Sensibilität intakt.

Kopfschmerzen werden geklagt. Libido soll wesentlich nachgelassen haben. Keine morgendlichen Erektionen. (Beim Koitus habe der Samen keinen Druck.)

Wenn wir die angeführten Fälle in vorhandene Einteilungen von Alopezien einzufügen suchen, können wir zunächst mit ziemlicher Sicherheit sagen, dass das Trauma, also hier die Kopfschussverletzung, mit der Alopezie in Zusammenhang gebracht werden muss. Beim ersten Fall begann die Alopezie unmittelbar nach dem Trauma aufzutreten, beim zweiten allerdings erst nach ungefähr einem Jahr. Trotzdem werden wir auch diesen Fall unter die traumatischen Alopezien rechnen müssen, denn das Krankheitsbild stimmt ganz mit dem einer traumatischen neurotischen Alopezie überein, wie wir es unten beschreiben werden. Nach dem geschilderten Krankheitsverlaufe müssen

wir das Trauma für ziemlich erheblich halten. Es wird in beiden Fällen eine Gehirnerschütterung vorgelegen haben. Michelson gab als erster eine gute Einteilung der Alopezien. Er trennte von der Alopecia areata die Alopecia neurotica ab und brachte diese letztere in folgendes Schema:

Neurotische Alopezien

1. nach traumatischen Affektionen des Zerebrums oder des peripheren Nervensystems,
2. nach inneren Erkrankungen des Nervensystems.

Die Alopecia areata kann man nach dem klinischen Bilde von der Alopecia neurotica abtrennen. Pöhlmann beschreibt in seinen „Beiträgen zur Aetiologie der Alopecia areata“ eingehend das Bild der Alopecia areata. Er versteht unter Alopecia areata diejenige Form des Haarausfalls, bei der inmitten der behaarten Regionen kreisförmige, scharf konturierte, blasse, glatte, haarlose Scheiben auftreten, die lange isoliert bleiben können, meistens aber durch fortdauernde Randvergrößerungen und das sprungweise Auftreten neuer Flecken zur Konfluenz gelangen und so gelegentlich zu mehr oder minder allgemeiner Kahlheit führen. Die Kopfhaut an und für sich bleibt bei der Alopecia areata absolut normal. Sekundäre Krankheitsprodukte wie Schuppen, Krusten, Bläschen, Follikulitiden oder Narben fehlen vollständig. Charakteristisch ist ferner, dass, so lange die Erkrankung fortschreitet, die Haare der dem kahlen Fleck unmittelbar angrenzenden Zone gelockert sind und durch leisen Zug ohne abbrechen epiliert werden können. Die Haare selbst sind meist normal, gelegentlich findet man glatte, nach der Wurzel zu dünner werdende, Ausrufungszeichen ähnliche Haarstümpfe, welche den Rand der kahlen Flecke umsäumen. Berücksichtigt man weiter den launenhaften Verlauf, die oft sprungweise und überraschende Zeilung der Affektion, den negativen histologischen und bakteriologischen Befund, so kann man die Alopecia areata als Krankheitsbild sui generis von fast allen anderen mit Alopezien einhergehenden Erkrankungen trennen. Im Gegensatz hierzu findet man bei der Alopecia neurotica unregelmässige (strichförmige, dreieckige, landkartenförmige) kahle Stellen. Der Uebergang in die behaarten Stellen ist ein ganz allmählicher. Michelson erwähnt ausserdem noch als charakteristisch den azyklischen Verlauf, das Vorkommen von Lanugohaaren, die nicht seltene Kombination mit Verfärbung der gesund gebliebenen Haarbezirke.

Vergleichen wir unsern zweiten Fall mit diesen Krankheitsbildern, so ist es unschwer zu erkennen, dass er unter die neurotischen Alopezien eingereiht werden muss. Denn wir finden hier unregelmässige, manch-

mal strichförmige, kahle Stellen, allmählichen Uebergang zu den behaarten Zonen. Nach der Michelson'schen Einteilung würde also dieser Fall unter „die neurotischen Alopezien nach traumatischen Affektionen des Zerebrums“ einzureihen sein.

Die Michelson'sche Einteilung der neurotischen Alopezien ist aber nicht vollständig. Joseph hat in seinem Lehrbuch der Haarkrankheiten eine dritte Kategorie hinzugefügt, in die er die im Anschluss an Gemütsregungen auftretenden Alopezien einreicht. Rock hat in seinem „Beitrag zur Kenntnis der Alopecia neurotica“ 12 solcher Fälle zusammengestellt und einen 13. neu beschrieben, in denen Alopezien nach Schreck oder anderen Gemütserschütterungen auftraten. Ausser den wahrscheinlich parasitären Alopezien, die immer als kreisförmige auftreten, gibt es noch eine Art von Alopecia areata, die ohne besondere Veranlassung bei sonst gesunden Menschen auftritt und deren Entstehungsursache völlig unbekannt ist.

Uebersehen wir noch einmal die Einteilung, so gibt es also:

- I. eine Alopecia areata unbekannten Ursprungs,
- II. eine Alopecia areata, wahrscheinlich parasitären Ursprungs,
- III. eine Alopecia neurotica
  1. nach traumatischen Affektionen des Zerebrums und der peripheren Nerven,
  2. nach inneren Erkrankungen des Nervensystems,
  3. nach Gemütserschütterungen.

Diese Einteilung, die zwar nichts Näheres über die pathologisch-histologischen Vorgänge bei der Entstehung aussagt, wäre doch einigermaßen befriedigend, wenn es nun nicht Fälle von neurotischen Alopezien gäbe, die das Symptomenbild einer typischen Alopecia areata zeigen. Einen charakteristischen Fall hat Pöhlmann beobachtet. Nach einer völligen Erschöpfung in einem Schneesturm bei einer Bergbesteigung bekam ein 34jähriger Maler vom 5. Tage ab Ausfall und stellenweises Ergrauen der Kopf- und Barthaare. Sämtliche haarlose Flecke im Kopf- und Barthaar waren von rundlicher Form und scharf begrenzt. Die Haut selbst war blass, glatt, frei von allen entzündlichen Veränderungen oder irgend welchen Auflagerungen. Die Sensibilität war intakt. Die Haare in der Umgebung der kahlen Flecke waren zum Teil ergraut, folgten leisem Pinzettenzug, ohne abzubrechen. Sie zeigten öfters die Form des Ausrufungszeichens, anderweitige anatomische Veränderungen des Haares konnten bei öfters ausgeführter mikroskopischer Untersuchung nicht festgestellt werden. Die ganze Affektion, sowohl der kreisförmige Haarausfall wie das Ergrauen war stets streng halbseitig, nur auf die rechte Kopfhälfte beschränkt. Das Symptomenbild ist hier also das



einer typischen Alopecia areata. Die Art des Entstehens, vielleicht auch das Auftreten grauer Haare in der Umgebung der Flecke sprechen für eine Alopecia neurotica. Pöhlmann hilft sich, indem er das Leiden „Alopecia areata neurotica“ nennt. Einen weiteren Fall hat Pöhlmann 1915 veröffentlicht. Nach einer Schussverletzung des Armes traten kreisförmige, kahle Stellen auf dem Kopfe auf.

Auch unsern ersten Fall muss man als Alopecia areata neurotica bezeichnen. Während unserer Beobachtung hat zwar kein kreisförmiger Haarausfall bestanden, Patient gab jedoch mit Sicherheit an, dass zunächst kreisförmige Herde bestanden, die später konfluieren. Es handelt sich also um eine Alopecia areata neurotica nach Trauma. (Pöhlmann schlug vor, mit der Diagnose Alopecia traumatica alle diejenigen Fälle zu belegen, bei denen im Anschluss an ein bekanntes Trauma Haarausfall gleichviel welcher Art sich eingestellt hat; dagegen die Diagnose Alopecia neurotica für die Fälle zu reservieren, bei denen Haarausfall im Gefolge lokaler oder allgemeiner Nervenleiden oder bei besonders disponierten Personen nach einem psychischen Shock eingetreten ist. Wir halten es für zweckmässig, im Sinne der Michelson'schen Einteilung die Bezeichnung Alopecia neurotica als zusammenfassenden Begriff zu gebrauchen, von der die Alopecia traumatica eine Unterabteilung ist.)

Wir sehen aus diesen Fällen, dass es unzulänglich ist, bei der Einteilung auf das klinische Symptomenbild einen so ausschlaggebenden Wert zu legen. Die Einteilung muss auf den pathologisch-histologischen Vorgängen bei der Entstehung des Krankheitsbildes sich aufbauen. Die verschiedensten Autoren haben sich schon um die Erforschung dieser Vorgänge bemüht. Durch experimentelle oder mikroskopisch-histologische Untersuchungen ist man nicht vorwärts gekommen und es ist bei Hypothesen geblieben, die sämtlich nicht unangefochten sind. Nur die Hypothese, die für gewisse kreisförmige Alopezien eine parasitäre Entstehung annimmt, ist wohl, wie ich schon anfangs erwähnte, fast allgemein anerkannt. Man glaubt nämlich, die Fälle von Alopecia areata, wo dieselbe in Epidemien auftritt, nur durch die Annahme einer mittelbaren oder unmittelbaren Uebertragung eines Kontagiums erklären zu können. Die bekannteste Epidemie ist wohl eine im Jahre 1904 von Th. Mayer beschriebene, die unter der Schutzmannschaft Berlins um sich griff. Von 35 Polizeimannschaften eines Reviers erkrankten 12, die sämtlich demselben Wachbezirk angehörten. Sie benützten in ihrem Wachlokal nacheinander dieselben Betten. Die einzige befriedigende Erklärung ist hier die Uebertragung eines Kontagiums, dessen Entwicklung und Infektiosität vielleicht durch die

Bettwärme begünstigt wurde. Aber auch hier handelt es sich nur um eine Hypothese, denn der Pilzbefund und das Tierexperiment fehlen.

Von den weiteren Hypothesen, die zur Erklärung der Alopezien aufgestellt sind, wäre zunächst eine ältere und zwar die „trophoneurotische Theorie“ zu erwähnen, die bereits von Bärensprung verfochten wurde. Als Stütze dieser Theorie wird das Experiment Joseph's angeführt. Joseph schnitt das zweite Spinalganglion bei Katzen aus und erzielte dadurch herdförmige Alopezien an bestimmten Stellen des Kopfes. Joseph selbst trat unter Bezugnahme auf dies Experiment für die trophoneurotische Natur der Alopecia areata ein. Er nahm an, dass durch sein Experiment die Existenz bestimmter trophischer Fasern erwiesen sei, durch deren Zerstörung der Haarausfall eintrete. Köster prüfte das Joseph'sche Experiment nach und konnte es bestätigen, jedoch tritt der Haarausfall durchaus nicht regelmässig auf und wird durch Scheuern der Katzen an den Käfigwänden begünstigt. Köster glaubte, dass es zur Erklärung durchaus nicht nötig sei, die Existenz bestimmter trophischer Nervenfasern anzunehmen. Die Störungen lassen sich nach seiner Meinung in befriedigender Weise erklären, wenn man den sensiblen Nervenfasern eine allgemein trophische Funktion zuschreibt. Wenn gewisse Hautstellen nicht mehr unter dem Einflusse der ihre volle Lebensenergie und Sensibilität aufrechterhaltenden Nerven stehen, so sind sie widerstandsloser gegen Traumen geworden und bei sonst ganz bedeutungslosen Reizen können sich „trophische“ Störungen entwickeln. Eine Anzahl von Alopezien ist nun sicher auf dieselbe Art entstanden wie im Joseph'schen Experiment, durch Nervenverletzungen. Ich will nur 2 Beispiele anführen: Remy schildert einen Fall, in dem nach Resektion eines 1 cm langen Stückes des Nervus frontalis sich Haarausfall einstellte. Pantoppidan sah kreisförmigen Haarausfall nach Exstirpation eines Drüsentumors in der Karotisgegend, der obere Zervikalnerv war bei der Operation verletzt worden.

Jedoch ist das nur ein kleiner Teil der Alopezien, die man auf diese Weise erklären kann, eben diejenigen, die nach Verletzung eines peripheren Nerven auftreten.

Pöhlmann und auch Rock glauben, dass man auch bei Alopezien, die nach *Commotio cerebri* auftreten, anatomische Veränderungen im Zentralnervensystem als ursächliches Moment annehmen muss. Stützen wollen sie diese Annahme dadurch, dass Schmaus und Skagliosi tatsächlich bei Erschütterung des Gehirns und des Rückenmarks mikroskopisch nachweisbare Schädigungen des Gehirns nachweisen konnten. Sind Köster's Anschauungen richtig, dass es keine besondere trophischen Nervenfasern gibt, sondern dass der Haarausfall durch Verletzung

der sensiblen Nerven (oder hier Nervenzentren) hervorgerufen wird, so müssten sich in allen diesen Fällen von Haarausfall nach *Commotio cerebri* entsprechende Störungen der Sensibilität nachweisen lassen. In unsern beiden Fällen ist davon aber nichts nachweisbar. Noch mehr sprechen gegen diese Auffassung Fälle von Ergrauen der Haare und Pigmentschwund der Haut nach *Commotio cerebri*, die Goldscheider 1917 veröffentlicht hat. In einem Fall waren als Folgen einer Gehirnerschütterung neben Herabsetzung des Geruchsvermögens und anderen Erscheinungen die Sensibilität der rechten Gesichts- und Körperhälfte herabgesetzt. Dennoch fand sich das Ergrauen der Haare und der Pigmentschwund völlig symmetrisch auf beiden Körperhälften.

Goldmann sucht diesen und einige andere Fälle nun auch nicht durch die Störung sensibler Zentren, sondern durch die Läsion des Vasomotorenzentrums im verlängerten Mark und des Sympathikus zu erklären. Gegen diese Anschauung spricht aber, dass im Tierexperiment nach Läsion des Vasomotorenzentrums tiefer gelegene Zentren im Rückenmark die Funktion übernehmen. Aber vielleicht liegt doch dieser Anschauung etwas Richtiges zugrunde, nur dass wohl die ausgiebigere Wirkung auf das sympathische Nervensystem durch Beeinflussung der inneren Sekretion und zwar der Hypophysensekretion durch das Trauma hervorgerufen wird. Wir kommen später hierauf zurück.

Kurz wollen wir noch Jaquet's Theorie zur Erklärung der Alopecia areata anführen. Er will den meisten Fällen einen Reizzustand der Zähne zugrunde legen. Nach Head's Zahnschema gehört aber zu jedem Zahn eine bestimmte Empfindlichkeitszone. Auf diese entsprechende Zone müsste bei Erkrankung eines Zahnes der Haarausfall beschränkt sein. Dies ist aber nach Bettmann's Beobachtungen durchaus nicht der Fall. Pöhlmann meint, dass gegen Jaquet's Theorie auch der Umstand spricht, dass im Verhältnis zu der grossen Zahl von Zahnerkrankungen doch die Alopecia areata selten vorkommt.

Alle diese Hypothesen beziehen sich auf Nummer 1 der Michelson-Joseph'schen Einteilung „neurotische Alopezien nach traumatischen Affektionen des Gehirns oder der peripheren Nerven.“ Für die Alopezien nach Gemütseregungen stellt Pöhlmann in Uebereinstimmung mit Wechselmann folgende Hypothese auf: Er glaubt, dass kaum anatomische Veränderungen im Zentralnervensystem in solchen Fällen anzunehmen sind. Der Schreck bewirkt aber vasomotorische Störungen und zwar eine spastische Kontraktion der kleineren Arterien, die auch für das Gefühl sich durch blitzartig auftretende Parästhesien bemerkbar macht. Eine solche, wenn auch vorübergehende Arterien-

kontraktion soll nun den Stoffwechsel des Haares stören und den Haarausfall [bewirken, zumal da das Haar nur durch wenige mit voller Lebensenergie erfüllte Zellen mit dem Körper verbunden ist. Auch sei es ja bekannt, dass das Haar überhaupt sehr empfindlich gegen Anämie sei, da ein einmaliger grösserer Blutverlust (Menorrhagie, Abort, Partus) häufig Haarausfall nach sich ziehe. Der Haarausfall ist also nach dieser Hypothese eine Folge der Anämie, die durch Kontraktion der kleinern Gefässe infolge des psychischen Traumas entsteht. Diese Kontraktion muss aber doch durch eine Reizung der Gefässnerven hervorgerufen sein. Und zwar muss doch das psychische Trauma an einer zentralen Stelle einwirken, von der der Reiz weitergeleitet wird. Wir sehen, dass diese Hypothese Berührungspunkte mit der Anschauung Goldmann's hat. Nur kann Goldmann nach den Gehirnerschütterungen anatomische Veränderungen annehmen, während bei dem Haarausfall nach Gemütsregungen Rock, unserer Meinung nach mit Recht, einwendet, dass sich in dem Tatsachenmaterial der Pathologie hierfür keine Analogie finden dürfte, da ja das die Alopezie auslösende Trauma gegenüber der Dauer der bleibenden Haarlosigkeit verschwindend kurz wäre. Noch einen Einwand kann man erheben. Der Haarausfall tritt in allen Fällen erst einige Tage nach der Gemütsregung auf, wenn das psychische Trauma schon längst vorüber ist. Pöhlmann sucht diesen Einwand in seiner Arbeit vom Jahre 1915 dadurch zu entkräften, dass er sagt, es könne sich um einen ähnlichen Vorgang handeln, wie Kreibich ihn als Spätreflex beschrieben habe.

Buschke und nach ihm Bettmann ist es gelungen, durch Verfütterung von Thallium beziehungsweise Abrin bei Tieren areata-ähnliche Alopezien hervorzurufen. Bettmann stellte sogar aufbauend auf diese Versuche eine Intoxikationstheorie der Alopecia areata beim Menschen auf. Buschke glaubte dagegen, dass man auf diese Versuche noch keine Theorie der Alopezie gründen könne. Pöhlmann konnte durch Nachuntersuchungen die Resultate dieser Autoren bestätigen. Durch spektralanalytische Untersuchungen der einzelnen Organe suchte er Anhaltspunkte über die Verteilung des Medikaments im Tierkörper zu gewinnen, fand aber Thallium ausschliesslich in den Nieren.

Die Beobachtung, dass gewisse Störungen der Hypophysenfunktion mit Haarausfall verbunden sind, legte es nahe, auch bei unsern oben beschriebenen Fällen an eine Beeinflussung der Funktion der Hypophyse durch das Trauma zu denken. Es ist bekannt, dass man den Vorderlappen und den Mittellappen der Hypophyse als Drüsen mit innerer Sekretion anspricht, von denen jede ihr besonderes Hormon sezerniert. Biedl berichtet über eine grosse Anzahl von eigenen und

fremden Tierversuchen, bei denen Teile des Vorderdrüsenlappens entfernt wurden. Es fanden sich als Folge der Exstirpation neben Fettanhäufungen und Verfettung der inneren Organe, Zurückbleiben im Wachstum, Anomalie und Fehlen der Behaarung, Hypoplasie der Genitalien. Biedl meint, dass mit Sicherheit nur die Wachstumshemmung (darunter sind auch die Anomalien der Behaarung verstanden) mit dem Fehlen des Vorderlappengewebes in Zusammenhang gebracht werden kann, obwohl man zunächst geneigt wäre, den ganzen Symptomenkomplex auf den Ausfall des Vorderlappens zu beziehen.

Wir wollen jetzt sehen, bei welcher Art von Hypophysenerkrankungen des Menschen Haarausfall vorkommt. Zunächst ist bei Fällen von Zwergwuchs, die auf Hypophysenerkrankungen beruhen, Störungen des Haarwuchses eine gewöhnliche Begleiterscheinung. Einen instruktiven Fall zeigte Sprinzel in der Gesellschaft der Aerzte in Wien. Ein 17jähriger, intelligenter junger Mann, der im 3. Lebensjahre einen Sturz erlitten hatte, hörte vom 5. Lebensjahre auf zu wachsen. Er zeigte eine Körperlänge von 106 cm und proportionierten, kindlichen Körperbau. Die Türkensattelgrube erschien röntgenologisch vergrößert. Neben Vermehrung der Urinmenge auf 3500—4000 ccm und Dekoloration der Papille im ophthalmoskopischen Bild bei normaler Sehschärfe zeigte sich völliges Fehlen der Behaarung am ganzen Körper. Die Haut war auffallend trocken, die Schweisssekretion fehlte. Biedl fasst den Fall so auf, dass ein im Anschluss an das Trauma im Türkensattel entstandener Tumor mit geringer Wachstumstendenz durch seinen Druck eine starke Funktionseinschränkung des Hypophysenvorderlappens und auf diese Weise die Wachstumsstörung und das Fehlen der Behaarung bedingt habe. Das Symptom der Polyurie weise darauf hin, dass gleichzeitig eine Ueberfunktion des Mittellappens bestehe. Zwei weitere Fälle von Zwergwuchs führt Biedl an, bei denen klinische Zeichen eines Hypophysentumors (bitemporale Hemianopsie, beiderseitige Optikusatrophie) bestanden. Auch in diesen beiden Fällen war der Körper unbehaart. Es gibt aber auch Fälle von Hypophysentumor ohne Zwergwuchs, bei denen ebenfalls Haarausfall eintritt. Einen solchen beschreibt Schloffer. Im Jahre 1900 begann das Leiden im 23. Lebensjahre mit anhaltenden Kopfschmerzen. Im Jahre darauf begannen die Kopfhaare auszugehen, später die Haare am übrigen Körper. Die Potenz litt im Verlauf der Krankheit; zuerst fehlte die Libido sexualis, seit 1906 auch die Erektion. Eine allgemeine Kraftlosigkeit der Muskelleistung entstand allmählich. Im Jahre 1907 nahm Schloffer wegen des Eintritts einer bitemporalen Hemianopsie und wegen der starken Kopfschmerzen eine Operation vor. Ein Teil des Tumors wurde

entfernt und erwies sich als Adenom. Nach wesentlicher Besserung des Zustandes, vor allem Aufhören der Kopfschmerzen, kam der Patient plötzlich nach  $2\frac{1}{2}$  Monaten zum Exitus. Die Sektion zeigte einen grossen Tumor der Hypophyse, der in das Gebiet des Foramen Monroi und durch das Genu corporis callosi gedrungen war und dadurch zu chronischem Hydrocephalus internus geführt hatte. Ausserdem bestand Anämie und Oedem des Gehirns, Hypoplasie der Hoden. Wir müssen annehmen, dass es sich in diesem Fall um einen Hypophysentumor handelte, der vom Vorderlappen ausging. Die Zellen des Tumors werden nicht spezifisch sezerniert, sondern die Funktion des Vorderlappens gestört haben, denn bei Hyperfunktion des Vorderlappens infolge spezifischer Sekretion eines Vorderlappentumors kommt es zu Akromegalie, die meist von Hypertrichosis begleitet ist.

Aus den Tierexperimenten und den Erscheinungen bei Hypophysenerkrankungen des Menschen, kann man also mit einiger Sicherheit schliessen, dass die Funktion des Vorderdrüsenlappens der Hypophyse wie überhaupt zum Wachstum des Körpers auch in inniger Beziehung zum Haarwuchs steht. Und zwar kommt es bei einer Hyposekretion des Hormons zur Hemmung des Haarwuchses, bei Hypersekretion zu Hypertrichosis.

Kommen wir nun auf unsere Fälle zurück, so sehen wir, dass unser erster Fall verschiedene Beziehungen zu dem von Schloffer beschriebenen Fall hat. In Schloffer's und in unserem Fall findet sich das fast völlige Fehlen der Behaarung, die Kraftlosigkeit der Muskelleistung und das Fehlen der Libido sexualis. Es fehlen aber in unserm Fall die durch den Tumor als Fremdkörper bedingten Erscheinungen, so die Hemianopsie.

Vielleicht können wir aber auch in unserm Falle eine Schädigung der Funktion des Hypophysenvorderlappens annehmen. Es mag diese Auffassung auf den ersten Blick gesucht erscheinen, doch gibt es einen ähnlichen Vorgang in der Pathologie, bei dem durch ein Trauma eine Störung der inneren Sekretion hervorgerufen wird. Es ist dies die Glykosurie nach Zuckerstich. Durch den Zuckerstich wird nach Kahn ein zentraler Reiz ausgelöst, der auf dem Wege des sympathischen Nervensystems eine abnorme Adrenalinsekretion in der Marksubstanz der Nebennieren hervorruft. Durch den Ueberschuss an Adrenalin, der ins Blut gelangt, steigt der Zuckertonus d. h. die Konzentration des Zuckers im Blute und führt zur Hyperglykämie, welche von einer Glykosurie gefolgt ist. Aber noch weiter geht die Analogie. Es ist zum Auftreten der Glykosurie nicht eine experimentelle Verletzung am Boden des vierten Ventrikels nötig, auch nach Gehirntraumen tritt öfters Glykosurie auf.

Der Unterschied besteht nur darin, dass hier der Reiz auslösend auf die innere Sekretion wirkt, während er in unserm Falle hemmend wirken musste. Vielleicht drückt sich hierin ein Antagonismus des sympathischen und parasympathischen Nervensystems aus, der Art, dass in unserem Falle das parasympathische Nervensystem geschädigt war.

Wir sehen, dass wir uns hier Goldmann's Anschauung von der Entstehung des Haarausfalls durch Läsion des sympathischen (resp. parasympathischen) Nervensystems nähern, nur dass wir noch eine Beeinflussung der inneren Sekretion des Vorderlappens der Hypophyse als Zwischenglied annehmen.

Für welche Arten von Haarausfall können wir nun die Störung der Funktion des Hypophysenvorderlappens als Entstehungsursache annehmen?

Zunächst müssen wir an die Haarausfälle nach traumatischen Affektionen des Gehirns, wie in unseren Fällen, denken. Aber auch bei den Alopezien nach Gemütsregungen kann man sich eine Störung der Hypophysenfunktion auf dem Wege des sympathischen resp. parasympathischen Nervensystems vorstellen und vielleicht können auch manche kreisförmige Alopezien unbekannten Ursprungs auf Hypophysenstörungen zurückgeführt werden<sup>1)</sup>.

### Literaturverzeichnis.

1. Bettmann, Ueber Beziehungen der Alopecia areata zu dentalen Reizungen. Arch. f. Derm. u. Syph. 1904. Bd. 70.
2. Biedl, Innere Sekretion. Ihre physiologische Grundlage und ihre Bedeutung für die Pathologie. 1913. 2. Aufl.
3. Buschke: a) Weitere Beobachtungen über die physiologischen Wirkungen des Thalliums. Deutsche med. Wochenschr. 1911. b) Klinische und experimentelle Beobachtungen über Alopecia congenita. Arch. f. Derm. u. Syph. 1911. Bd. 118.
4. Goldmann, Pigmentveränderungen der Haut und Haare und Alopezie infolge von Verletzungen des Zentralnervensystems. Dermat. Zeitschr. 1917. Bd. 24.
5. Jaquet, Akromegalie mit Alopecia areata. Berl. klin. Wochenschr. 1911.
6. Joseph, Lehrbuch der Haarkrankheiten. 1911.
7. Köster, Zur Physiologie der Spinalganglien und der trophischen Nerven, sowie zur Pathogenese der Tabes dorsalis. Monographie. Leipzig 1904.

---

1) Nach Abschluss meiner Arbeit wurde mir der Aufsatz von Spiegler, Ueber einen Fall von Alopecia universalis trophoneurotica nach Granatshok (Wiener klin. Wochenschr. 1918. Nr. 40) bekannt, auf den ich daher nur hinweisen kann.

8. Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 13. erweiterte Aufl. 1914.
9. Mayer, Zur Uebertragung der Alopecia areata. Derm. Zeitschr. Bd. 13.
10. Nobl, Studien zur Aetiologie der Alopecia areata. Wiener med. Wochenschrift. 1911.
11. Pöhlmann, a) Beiträge zur Aetiologie der Alopecia areata mit experimentellen Untersuchungen über die Thalliumalopecie. b) Alopecia areata neurotica nach Schussverletzung. Münch. med. Wochenschr. 1915.
12. Rock, Beitrag zur Kenntnis der Alopecia neurotica. Derm. Zeitschr. 1913. Bd. 56.
13. Schloffer, Alopecie bei Hypophysistumor. Wiener klin. Wochenschr. 1907.
14. Sprecher, Neuer Beitrag zum Studium der Alopecia traumatica. Arch. f. Derm. u. Syph. 1909. Bd. 94.
15. Tigerstedt, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 3. Aufl. 1905.
16. Vignolo Lutati, Ueber die experimentellen Alopecien durch Abrin. Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. Bd. 111.
17. Wechselmann, Ueber traumatische Alopecien. Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 46.

Zitiert nach Pöhlmann:

1. Jaquet, La pelade dentaire. Annal. de dermat. et syphil. 1902.
2. Joseph: a) Zur Aetiologie der Alopecia areata. Zentralbl. f. med. Wissenschaft. 1886. b) Ueber Nervenläsion und Haarausfall mit Bezug auf die Alopecia areata. Virch. Arch. Bd. 116.
3. Pantoppidan, Ein Fall von Alopecia areata nach Operation am Halse. Monatsh. f. prakt. Derm. 1889.

Zitiert nach Rock:

1. Michelson in Ziemssen's „Hautkrankheiten“. Bd. 2. S. 139.

Zitiert nach Biedl:

1. Sprinzel, Demonstration eines Falles von Hypophysentumor mit Zwergwuchs. Wiener klin. Wochenschr. 1912.
2. Kahn, Zuckerstich und Nebennieren. Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. 1911. Bd. 140.



## Die Gewerbesteuerpflicht der Privatirrenanstalten.

Ein Gutachten

von

**Ernst Schultze** (Göttingen).

Vor einiger Zeit wurde ich von einer Regierung um die Erstattung eines Gutachtens darüber ersucht, ob eine in ihrem Bezirk liegende Privatirrenanstalt gewerbesteuerpflichtig sei oder nicht. Nur selten wird ein Psychiater über diese Rechtsfrage ein Gutachten zu erstatten haben. Aber nicht das veranlasst mich, das Gutachten mit nur unwesentlichen Aenderungen zu veröffentlichen, sondern vielmehr der Umstand, dass ich gezwungen war, mich über einige grundsätzliche Fragen aus der praktischen Irrenheilkunde oder, richtiger gesagt, der Anstaltspflege auszulassen. Von unmittelbarem Interesse sind sie in erster Linie für den Besitzer oder Leiter von Privatirrenanstalten. Max Edel hat vor kurzem in seinem Aufsatz über „Sanatorien und Umsatzsteuer“ in der Psych.-Neurol. Wochenschr. XX. Jahrg. 1918. Nr. 35/36 auf mein Gutachten bezug genommen und dessen Veröffentlichung, um die ich von vielen Seiten gebeten wurde, in Aussicht gestellt.

Der Tatbestand ist sehr einfach.

Die Privatirrenanstalt X., die zwei Irrenärzten gehört und von ihnen geleitet wird, wurde zur Gewerbesteuer herangezogen. Sie legten gegen die zu ihren Ungunsten ausgefallene Berufsentscheidung der Regierung Beschwerde bei dem Oberverwaltungsgericht ein, dessen 6. Senat in seiner Sitzung am 1. XII. 1915 sich eingehend mit den in der Beschwerde enthaltenen Punkten befasste. Auf diese Entscheidung brauche ich nicht des Genaueren einzugehen; alles Nötige ergibt sich aus meinem Gutachten. Nur einen mehr formalen Punkt möchte ich hervorheben. Auch nach dieser Entscheidung hat nicht der Arzt oder Unternehmer der Anstalt den Gegenbeweis dafür zu erbringen, dass dem Anstaltsbetriebe der gewerbliche Charakter fehlt; vielmehr haben die Veranlagungsbehörden hier wie überall die tatsächlichen und rechtlichen

Voraussetzungen der bestrittenen Steuerpflicht festzustellen. Natürlich liegt es im Interesse der Aerzte, selbst auf die massgebenden Umstände hinzuweisen; jedenfalls haben sie diejenigen wesentlichen Tatsachen geltend zu machen und nötigenfalls zu beweisen, die sich der Kenntnis der Verwaltungsbehörden auch bei sorgfältiger Ausübung der Ermittlungspflicht entziehen<sup>1)</sup>.

Ich lasse das Gutachten folgen:

Auf Ersuchen der Königlichen Regierung zu . . . erstatte ich in Sachen betreffend die Beschwerde der Inhaber des Sanatoriums in X. wegen der Veranlagung zur Gewerbesteuer für das Steuerjahr 1914 das von mir erbetene Gutachten. Dieses hat vor allem die Ausführungen der Entscheidung des Sechsten Senats des Königl. Preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 1. Dezember 1915 zu berücksichtigen.

Zur Erstattung des Gutachtens habe ich nicht nur die mir zur Verfügung stehende juristische und medizinische Literatur benutzt, sondern auch die Antworten, die ich auf die überwiegende Mehrzahl meiner an etwa 80 deutsche, vor allem preussische Privatanstalten gerichteten Anfragen erhalten habe<sup>2)</sup>.

Es erscheint mir ratsam, das Gutachten in 3 Abschnitten zu erstatten.

- I. Ist eine Privatorrenanstalt, deren Besitzer gleichzeitig der leitende Arzt der Anstalt ist, schlechtweg und insbesondere die in X. gewerbesteuerpflichtig?
- II. Ist die Vereinigung der beiden Aerzte nur aus der Absicht der Gewinnerhöhung zu erklären?
- III. Was können die Inhaber der Anstalt für ihre ärztliche Tätigkeit an der Hand der ärztlichen Gebührentaxe berechnen?

I.

A. Der Irrenarzt ist nur selten in der Lage, Geisteskranke in ihrer Wohnung oder in seiner Sprechstunde zu behandeln. Naturgemäss können dies nur ruhige und lenksame Kranke sein, die keiner besonderen Aufsicht bedürfen. Die Mehrzahl der Geisteskranken bedarf aber zu ihrem eigenen Schutze oder mit Rücksicht auf andere einer Ueberwachung, deren Dauer und Strenge von Fall zu Fall abgestuft werden muss; sie muss also in einer geschlossenen Anstalt verpflegt werden, da für sie ein offenes Sanatorium nicht ausreicht. Die Angehörigen

1) Fuisting, Kommentar zu den Gewerbesteuergesetzen. 3. Aufl. 1906. S. 75.

2) Auf diesem Wege erhielt ich Kenntnis von einer Reihe oberstgerichtlicher Entscheidungen, die bisher nicht veröffentlicht sind. Auch solche Entscheidungen habe ich in meinem Gutachten ohne Angabe der Quelle verwertet.

der Kranken, soweit sie den besseren Ständen angehören, haben vielfach Bedenken, ihre Verwandten einer öffentlichen Anstalt zu übergeben. Sei es mit Rücksicht auf das Gerede in der Welt, sei es, weil sie glauben, die Aufnahme in eine Privatanstalt werde weniger bekannt, sei es, weil sie auf grösseren Komfort, bessere Verpflegung, die Gewährung umfangreicher Wohnung, die Möglichkeit, auch Familienmitglieder aufzunehmen, grossen Wert legen, sei es schliesslich, weil ihnen an einer ausgiebigeren, individuelleren ärztlichen Behandlung, als eine öffentliche Anstalt bieten kann, gelegen ist.

Selbstverständlich ist nur der Irrenarzt zur Behandlung von Geisteskranken berufen. Aber er kann diese aus den oben angeführten Gründen in der überwiegenden Mehrzahl nur behandeln, indem er sie in einer Anstalt unterbringt. Zur Sicherung einer sachgemässen Behandlung ist es aber weiter erforderlich, dass der Irrenarzt Herr in der Anstalt ist. Somit stellt die Irrenanstalt das zur Behandlung der Geisteskranken unerlässlich notwendige Instrument dar, und der Irrenarzt ohne sie wäre ebenso übel dran wie der Chirurg ohne das Messer.

Schon die Unterbringung in der Anstalt an und für sich kann oft genug ein Heilmittel sein, indem sie die Reize der Aussenwelt dem Kranken fernhält, und des Hinzutretens besonderer ärztlicher Behandlung bedarf es in diesem Falle nicht. In andern Fällen wieder kommt es mehr auf den engsten Anschluss des Kranken an den Arzt an; der Kranke wird geradezu Mitglied seiner Familie und findet so seine Genesung. In der Mehrzahl der Fälle gehen diese beiden Wirkungen, die Entziehung der Freiheit und die Beeinflussung durch den Arzt, Hand in Hand.

Freilich darf nicht verkannt werden, dass nicht jedes Haus schlechtweg sich für die Aufnahme von Geisteskranken eignet. Hinsichtlich seines Baues und seiner Einrichtung muss es bestimmten Anforderungen genügen, die nur der Sachverständige beurteilen kann. Vor allen Dingen muss eine Gewähr dafür geleistet werden, dass der Kranke weder sich noch andere beschädigen, dass er immer hinreichend beaufsichtigt werden kann. Hierzu kommen noch Vorrichtungen, um im Notfalle einen Kranken zu isolieren (Zellen), ihn längere Zeit unter Aufsicht und Vermeidung einer Abnahme der Wassertemperatur zu baden (Dauerbäder) usw. Einer besonderen Einrichtung bedürfen natürlich einzelne Fenster, die, sofern sie nicht vergittert sind, nicht von jedem ohne weiteres zu öffnen oder zu zerstören sind, sowie die Verschlüsse an den Türen.

Daraus ergibt sich, dass ein Gebäude, das für die Unterbringung von Geisteskranken bestimmt und geeignet ist, für andere Zwecke kaum benutzt werden kann.

Weiter muss berücksichtigt werden, dass die Behandlung der Geisteskranken in den letzten Jahrzehnten grosse Fortschritte gemacht hat. Diesen Fortschritten muss auch der Anstaltsbau gerecht werden. Anstalten, die vor einigen Jahrzehnten gebaut sind, sind heute nicht nur veraltet, sondern überhaupt nicht mehr zu gebrauchen. Hinsichtlich des Baus von Irrenanstalten haben sich grundsätzliche Anschauungen geändert, und während beispielsweise früher die Isolierung unruhiger Geisteskranker an der Tagesordnung war, wird sie heute vielfach geradezu verpönt und durch ihre Unterbringung auf Wachsälen ersetzt.

Aber nicht nur der Bau des Krankenhauses und alle seine technischen Einrichtungen müssen bestimmten gesundheitspolizeilichen Anforderungen genügen, bevor die nach der Gewerbeordnung notwendige Konzession erteilt wird, sondern auch die Küche und deren Betrieb muss in jeder Beziehung dem Arzte unterstellt sein, soll die Irrenanstalt ihren Zweck erfüllen. Denn nur so wird die Sicherheit geschaffen, dass der Kranke die Nahrung erhält, deren er bedarf; auch bei Geisteskranken spielt die Frage der zweckmässigen Ernährung eine grosse Rolle.

Danach bilden die Unterbringung der Kranken, ihre Verpflegung und ärztliche Behandlung ein einheitliches Ganze, das nicht auseinander gerissen werden kann. Der wirtschaftliche und der ärztliche Betrieb muss grundsätzlich einheitlich sein.

Es bedurfte längerer Kämpfe, ehe dieser Grundsatz für die öffentlichen Irrenanstalten dadurch seine Anerkennung fand, dass der allein verantwortliche Leiter der Irrenanstalt ein Arzt ist. Heute werden wohl alle öffentlichen Irrenanstalten, von nur wenigen Ausnahmen abgesehen, von einem Arzte geleitet, dem der oberste Verwaltungsbeamte, auch wenn er in seinem Bereich völlig selbständig ist, untergeordnet ist. Der ganze Anstaltsbetrieb soll eben in den Dienst des Arztes gestellt werden.

Für die Privativrenanstalten besteht die Preussische allgemeine Anweisung vom 26. März 1901, die ausdrücklich vorschreibt, dass sie, soweit es sich nicht um wirtschaftliche und Büroangelegenheiten handelt, „von einem in der Psychiatrie bewanderten Arzt geleitet werden“ müssen; der Leiter der Anstalt, gleichgültig ob er gleichzeitig Anstaltsbesitzer ist oder von diesem angestellt wird, muss, wie es weiter heisst, nach seiner Approbation für gewöhnlich mindestens zwei Jahre in einer grösseren öffentlichen, nicht nur für Unheilbare bestimmten Irrenanstalt oder in einer psychiatrischen Universitätsklinik tätig gewesen sein.

§ 20 der genannten Anweisung schreibt ganz genau vor, welche Obliegenheiten dem leitenden Arzt zu übertragen sind. Dabei handelt es sich nicht allein um die Krankenpflege, die Anstellung und Aus-

bildung des Pflegepersonals, die Führung der Krankengeschichten (§ 21) sowie bestimmter Bücher und Listen, sondern auch um die Anordnung der Kost, die Beantwortung aller schriftlichen und mündlichen Anfragen von Behörden und Anverwandten, soweit sie sich auf den Zustand der Kranken, ihre Behandlung, Aussichten auf Entlassung oder Genesung usw. beziehen. Der ärztliche Leiter muss in der Anstalt wohnen, sofern sie heilbare Kranke aufnimmt.

Der spezifische Charakter der Irrenanstalt ergibt sich auch daraus, dass wohl kaum jemand ganz aus freien Stücken, insbesondere ohne ärztlichen Rat, eine geschlossene Anstalt aufsucht, es sei denn, dass er die bestimmte Absicht hat, ein Gesundheits- oder Krankheitsattest zu erlangen. Keiner will mit einer Irrenanstalt etwas zu tun haben, und das gilt auch dann, wenn sie die euphemistische Bezeichnung „Sanatorium“ führt.

Tatsächlich darf in die Privativirrenanstalt niemand ohne Erfüllung bestimmter Vorschriften, über die ebenfalls die erwähnte Ministerialanweisung Aufschluss gibt, aufgenommen werden. Ja, sogar bei der Aufnahme von Kranken, die „freiwillig“ in die Irrenanstalt eintreten, bedarf es bestimmter Förmlichkeiten. Die Genehmigung zur Aufnahme freiwillig Eintretender wird von dem Regierungspräsidenten unter dem Vorbehalt jederzeitigen Widerrufs auf besonderen Antrag erteilt.

Unter den Aufnahmevorschriften spielen gerade die ärztlichen Zeugnisse eine besondere Rolle. Das ergibt sich daraus, dass nicht nur zu jeder Aufnahme ein ärztliches Zeugnis notwendig ist, sondern zu seiner Ausstellung nur der Kreisarzt oder der ärztliche Leiter einer öffentlichen Irrenanstalt oder einer psychiatrischen Universitätsklinik berufen ist; es muss mit anderen Worten eine gewisse Gewähr für die fachliche Ausbildung des Arztes, der die Aufnahme der Kranken in die Privativirrenanstalt ermöglicht, gegeben werden. Das Aufnahmeattest muss ausdrücklich nicht nur eine geistige Störung, sondern eine durch sie bedingte Anstaltspflegebedürftigkeit bescheinigen. Der Anstaltsleiter, der jemanden ohne ein derartiges Attest aufnimmt, würde sich grössten Unannehmlichkeiten aussetzen.

Jede Privativirrenanstalt in Preussen muss jährlich zweimal von dem zuständigen Kreisarzt revidiert werden. Ebenso findet seit 1896 jährlich eine Besichtigung der Privatanstalten durch eine Besuchskommission statt. Wenn auch an dieser ein höherer Verwaltungsbeamter, vielleicht auch der zuständige Landrat, teilnimmt, so überwiegt doch in ihr das ärztliche Element; denn zu ihr gehört noch der Regierungs- und Medizinalrat der zuständigen Regierung, der zuständige Kreisarzt und der Direktor einer öffentlichen Irrenanstalt.

Wie sich daraus aufs deutlichste ergibt, haben die Behörden den Aerzten einen so erheblichen Einfluss auf den Bau, die Einrichtung und den Betrieb einer Irrenanstalt ausdrücklich zugewiesen, dass unbedenklich die Irrenanstalt einem Heilmittel gleichgestellt werden kann.

Es mag auch darauf hingewiesen werden, dass für den Ruf einer Privativirrenanstalt nicht sowohl ihre landschaftliche Lage, die Bequemlichkeit, sie zu erreichen, ihre Ausstattung oder die Güte des Essens massgebend sind, als vielmehr die persönlichen Eigenschaften des Arztes, nicht nur in wissenschaftlicher, sondern auch in rein menschlicher Beziehung. Das Ansehen, das er bei seinen Kollegen genießt, das Zutrauen, das er sich bei seinen Kranken und deren Familien erworben hat, bestimmen in viel grösserem Masse die Frequenz der Anstalt.

Der Chirurg kann heute ohne ein Röntgenlaboratorium nicht auskommen. Seine Einrichtung und Unterhaltung ist sehr kostspielig. Dass diese Unkosten von den Patienten getragen werden, ist selbstverständlich. Ein Röntgenlaboratorium könnte auch von einem Nichtarzt beschaffen, geleitet und dem Publikum gegen Entgelt zur Verfügung gestellt werden. In diesem Falle würde das Röntgeninstitut zweifellos gewerbesteuerpflichtig sein. Ich habe aber noch nicht gehört, dass der Chirurg hinsichtlich seiner Röntgeneinrichtung zur Gewerbesteuer herangezogen wird, während wohl jeder Anstaltsbesitzer dies einmal erfahren hat. Der Unterschied ist wohl darin begründet, dass das Röntgenlaboratorium etwas neues und ungewöhnliches ist, während die Privativirrenanstalt oder das Sanatorium vom Publikum mehr oder weniger mit einem Hotel auf eine Stufe gestellt wird.

Aus diesen Darlegungen ergibt sich, dass die Privatanstalt eine Einrichtung ist, deren Eigenschaften bis in alle Einzelheiten vom Arzte vorgeschrieben und dauernd geprüft werden müssen, soll sie ihrem Zweck dienen, und dass auch bei dem Betriebe der Anstalt fortlaufend der ärztliche Zweck obwalten, sowie eine stetige ärztliche Kontrolle stattfinden muss. Die Anstalt bildet somit einen wesentlichen oder vielmehr notwendigen Bestandteil der Behandlung der Geisteskranken, ohne die der Psychiater nicht auskommen kann.

Somit gehören die Einrichtungen und der Betrieb einer Privativirrenanstalt vom ärztlichen Standpunkte aus unmittelbar zur psychiatrischen Therapie.

Was im allgemeinen über den Betrieb einer Privativirrenanstalt gesagt ist, gilt insbesondere von der in X. gelegenen. Die beiden Aerzte sind Besitzer der Anstalt. Beide sind Fachleute; der eine von ihnen war längere Zeit Dozent an einer Universität und erhielt den Professoratitel. Beide widmen fast ausschliesslich ihre Tätigkeit der Anstalt,

und ohne weiteres glaube ich, auch aus sachlichen Erwägungen, dass die Praxis, die sie ausserhalb der Anstalt treiben, nicht erheblich sein kann.

B. Eine andere Frage ist die, wie vom rechtlichen Standpunkt die Einrichtungen und der Betrieb einer Privatirrenanstalt zu beurteilen sind.

Ich verwerte für die Beantwortung dieser Frage vor allem die Entscheidungen des preussischen Oberverwaltungsgerichts, dann die der entsprechenden Gerichte der anderen Bundesstaaten, des Kammergerichts sowie Reichsgerichts, die sich entweder über die Heranziehung des Anstaltsbesitzers zur Gewerbesteuer oder über die Krankenversicherungspflicht der in den Privatanstalten beschäftigten Personen oder über die Frage auslassen, ob der Arzt, der eine Privatanstalt besitzt, seine Firma in das Handelsregister eintragen lassen muss.

Früher hat das Oberverwaltungsgericht [11. 10. 1894<sup>1)</sup>] den Standpunkt vertreten: „Der Betrieb einer Privatkranken-, Irren- oder Entbindungsanstalt erscheint regelmässig als Gewerbebetrieb. Nur dann, wenn eine solche Anstalt von einem Arzte unterhalten und geleitet wird, kann unter besonderen, von diesem nachzuweisenden Umständen, welche das Ueberwiegen von Erwerbszwecken ausschliessen, ein nicht gewerbliches Unternehmen angenommen werden. Liegt Gewerbebetrieb durch einen Arzt vor, so erscheint die Ausübung des ärztlichen Berufes durch denselben innerhalb des Anstaltsbetriebes als Tätigkeit im Gewerbebetriebe, so dass eine Aussonderung des Ertrages dieser Tätigkeit als steuerfreien Teils aus dem gesamten Ertrage des Unternehmens nicht zuzulassen ist“.

Im Anschluss an diese Entscheidung wurden viele Anstalten, soweit ich aus den mir gewordenen Zuschriften entnehmen kann, ohne weiteres zur Gewerbesteuer veranlagt.

Indes erhoben zahlreiche Aerzte Einspruch, und das Oberverwaltungsgericht hat in der Folgezeit den obigen Grundsatz wesentlich eingeschränkt oder gar aufgegeben.

Vor allem gilt das von einer massgebend gewordenen Entscheidung des 6. Senats des Oberverwaltungsgerichts vom 5. 5. 1898<sup>2)</sup>. Diese Entscheidung bezeichnet als Gewerbe im Sinne des Gewerbesteuergesetzes „jede mit der Absicht auf Gewinnerzielung unternommene, selbständige, berufsmässige und erlaubte Tätigkeit, welche sich als Beteiligung am

---

1) Entscheidungen des Preussischen Oberverwaltungsgerichts in Staatssteuersachen. 1895. Bd. 3. S. 250.

2) Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts. 1899. Bd. 7. S. 418 ff.

allgemeinen wirtschaftlichen Verkehr darstellt“. Ein „wesentlich entscheidendes subjektives Merkmal“ ist „der Gewinnzweck“, „also die Absicht des Unternehmers, aus dem Betriebe, aus der Tätigkeit, die den Gegenstand des Unternehmens bildet, Gewinn zu ziehen“. Die Gewinnerzielung muss den Hauptzweck der Tätigkeit bilden und nicht nur beiläufig und nebensächlich bezweckt werden. „Dient die Tätigkeit anderweitigen Zwecken, insbesondere nur als Mittel für die Erzielung von Gewinn aus einer anderen Erwerbstätigkeit, so ist sie kein Gegenstand eines besonderen Gewerbebetriebes“. Unterhält ein Arzt eine Klinik lediglich zum Zwecke der Ausübung seines ärztlichen Berufes, ist die Unterhaltung der Klinik nicht als eine besondere Erwerbstätigkeit anzusehen, oder dient sie als Mittel für seine eigene Fortbildung, zu Lehr- oder wissenschaftlichen Zwecken, ohne die Absicht, aus dem Betriebe einen besonderen Gewinn zu erzielen, so ist die Unterhaltung der Klinik kein Gewerbeunternehmen. Es fehlt die für den Gewerbebegriff unerlässliche Absicht, gerade aus dieser Tätigkeit Gewinn zu erzielen. Die Klinik ist „nur als ein Mittel zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, nicht aber als eine besondere Erwerbstätigkeit und demgemäss nicht als Gewerbe anzusehen“. Fehlt die Absicht, aus dem Betriebe der Anstalt als solcher, aus der Unterbringung und Verpflegung und aus dem ökonomischen Betriebe Gewinn zu erzielen, liegt kein Gewerbebetrieb vor. Der Betrieb der Anstalt ist dann nicht Selbstzweck, sondern ordnet sich der Ausübung der eigenen ärztlichen Tätigkeit unter.

In demselben Sinne hat sich das Oberverwaltungsgericht in seiner Entscheidung vom 3. 4. 1902, sowie das Kammergericht unterm 30. 6. 1903 ausgelassen: für die Beurteilung der Steuerpflichtigkeit ist allein der Zweck des Unternehmens massgebend.

Einen ähnlichen Standpunkt nimmt der Württembergische Verwaltungsgerichtshof in einem Urteil vom 29. Oktober 1903 ein. Danach wird dem Anstaltsbesitzer zugegeben, „dass es ihm bei dem fraglichen Betriebe lediglich um die Ausübung des ärztlichen Berufes zu tun sei, dass er mit diesem Betrieb ausschliesslich durch Verwertung seiner ärztlichen Kenntnisse und Erfahrungen ein seiner beruflichen Ausbildung entsprechendes Einkommen zu erzielen suche, dass die neben der ärztlichen Behandlung hergehende Beherbergung und Verköstigung der Kranken keine selbständige wirtschaftliche Bedeutung habe, sondern mit der Ermöglichung der durchgreifenden Beaufsichtigung der Kranken und der Regelung ihrer Diät und Beschäftigung auch dem ausschliesslich verfolgten Heilzweck diene, ein weiteres Mittel für diesen Heilzweck bilde und sich so demselben vollständig unterordne. Der Betrieb des



Beschwerdeführers wird vollständig beherrscht von der berufsmässigen ärztlichen Tätigkeit, diese Tätigkeit ist wirtschaftlich und steuerlich die Hauptsache, die Hauptquelle, aus welcher das gesamte im Betrieb erzielte Einkommen fliesst; im Vergleich hiermit erscheint die an sich einen gewerblichen Charakter tragende Verpflegung der Kranken als ein Akzessorium, als eine untergeordnete Nebensache, welche auch in steuerlicher Hinsicht das Schicksal der Hauptsache zu teilen hat<sup>1</sup>.

Der Anstaltsbetrieb ordnet sich in den gedachten Fällen der ärztlichen Tätigkeit völlig unter.

Die gewerbliche Tätigkeit des Anstaltsbetriebes und die berufliche des Arztes ist auf das engste miteinander verknüpft, so dass eine reinliche Scheidung weder praktisch noch rechnerisch kaum möglich ist. Daher wird auch mit Recht die Notwendigkeit einer einheitlichen Auffassung des Anstaltsbetriebes hinsichtlich der Gewerbesteuerpflicht betont, wenn es auch nicht immer so klar ausgesprochen ist, wie in der eben erwähnten Entscheidung des Württembergischen Oberverwaltungsgerichtshofes. Es kann mit dem Reichsgericht [17. 5. 1907<sup>1</sup>)] dem Berufungsgericht nicht „zugegeben werden, dass allein schon dadurch, dass die auf Gewinnerzielung gerichtete ärztliche Tätigkeit der Kläger die Unterhaltung der Anstalt erfordert, der Anstaltsbetrieb mit zur Grundlage des auf Erwerb abzielenden Berufs der Kläger wird, und dass es, weil der Betrieb der Anstalt und die Ausübung der Heilkunde für die Frage der Gewinnerzielung untrennbare Faktoren sind, genügt, wenn nur die Heilkunde mit Gewinnabsicht ausgeübt wird“.

Eine Gewerbesteuerpflicht liegt aber natürlich dann vor, wenn der Betrieb der Anstalt selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle ist. „Ist der Betrieb einer Krankenheilanstalt Selbstzweck, hat also der Arzt die Absicht, gerade aus der Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt gegen Entgelt Gewinn zu ziehen, und stellt die ärztliche Tätigkeit sich nur als ein, wenn auch wesentliches, Glied in der Kette derjenigen Einrichtungen dar, welche in ihrer Zusammenfassung als Anstaltsbetrieb Gewinn abwerfen sollen, so muss das Vorhandensein eines gewerblichen Unternehmens anerkannt werden“ [Kammergericht 14. 1. 1901<sup>2</sup>)]. In ähnlicher Weise hat das Kammergericht sich dahin ausgelassen: „Bildet aber nicht die Ausübung des ärztlichen Berufes des Anstaltsunternehmers und der dadurch erzielte Gewinn, sondern die Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt und die hieraus erwachsende Einnahme den Hauptzweck des Anstaltsbetriebes, werden

1) Juristische Wochenschrift. 1907. S. 492.

2) Das Recht. 1901. S. 203. Entsch. 647.

namentlich die Kranken in der Hauptsache nicht von dem Inhaber der Anstalt, sondern von andern, z. B. den von ihm angestellten Aerzten, den Hausärzten der Kranken oder angesehenen Spezialärzten ärztlich behandelt, so ist ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 H.G.B. vorhanden“ [Kammergericht 9. 11. 1903<sup>1)</sup>].

„Es kann dem Berufungsgericht nicht zugegeben werden, dass allein schon dadurch, dass die auf Gewinnerzielung gerichtete ärztliche Tätigkeit der Kläger die Unterhaltung der Anstalt erfordert, der Anstaltsbetrieb mit zur Grundlage des auf Erwerb abzielenden Berufs der Kläger wird, und dass es, weil der Betrieb der Anstalt und die Ausübung der Heilkunde für die Frage der Gewinnerzielung untrennbare Faktoren sind, genügt, wenn nur die Heilkunde mit Gewinnabsicht ausgeübt wird. Nur wenn die Anstalt als ein selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle vom Arzte gehalten wird, macht sie ihn zum Gewerbetreibenden [Reichsgericht 17. 5. 1907<sup>2)</sup>].

Mit ähnlichen Erwägungen hat das sächsische Oberverwaltungsgericht mit seinem Urteil vom 12. März 1910 in der Unterhaltung einer Frauenklinik durch einen Frauenarzt einen Gewerbebetrieb bestritten; die Klinik ist „als Zubehör der spezialärztlichen Tätigkeit des Beklagten zu betrachten, da ohne eine solche nicht sachgemäss operiert und ‚nachbehandelt‘ werden könne“<sup>3)</sup>.

Dasselbe Gericht hatte bereits in seinem Urteil vom 31. Mai 1902<sup>4)</sup> betont, dass Aerzte die namentlich in grösseren Städten bestehenden spezialärztlichen Privatkliniken regelmässig nicht deshalb einrichten, „um sich durch Gewährung von Wohnung und Beköstigung an die darin aufgenommenen Kranken eine selbständige Einnahmequelle neben ihrer sonstigen Berufstätigkeit zu verschaffen. Sie bilden vielmehr ihrem Wesen und bestimmungsgemässen Zwecke nach lediglich ein Mittel zur sachgemässen Ausübung der Heilkunde. Der Arzt nimmt dort diejenigen seiner Kranken auf, deren erfolgreiche Behandlung in ihrer eignen Wohnung aus sachlichen Gründen undurchführbar oder doch wenigstens unzweckmässig und schwierig sein würde. Bei diesem innigen Zusammenhange, in dem die Ausübung der ärztlichen Praxis mit dem Betriebe der Privatkliniken steht, — und hierin liegt das charakteristische Unterscheidungsmerkmal gegenüber den eigentlichen Privatkrankenanstalten, deren wirtschaftlicher Betrieb Selbstzweck ist,

1) Das Recht. 1904. S. 10.

2) Juristische Wochenschrift. 1907. S. 492.

3) Zeitschrift für Medizinalbeamte 1911, Rechtsprechung S. 208.

4) Zeitschrift für Medizinalbeamte 1903, Rechtsprechung S. 3.

während die ärztliche Behandlung nur einen Teil der nicht einmal unbedingt vom Unternehmer persönlich zu gewährenden Arbeitsleistungen darstellt — erscheint es ausgeschlossen, die Privatkliniken als selbstständige wirtschaftliche Unternehmungen zu behandeln. Sie stellen vielmehr nur eine besondere Form der Ausübung des ärztlichen Berufs dar. Wenn aber die Tätigkeit des Arztes als solche nicht als eine gewerbliche im Sinne von § 8 des Handels und Gewerbekammergesetzes angesehen werden kann, wie das die Gewerbekammer selbst annimmt, so folgt hieraus ohne weiteres, dass die Kläger wegen des Betriebes ihrer Privatkliniken nicht zu Beiträgen für die Gewerbekammer herangezogen werden dürfen.“

Ist der ärztliche Gesichtspunkt der durchschlagende, so ist von einer Gewerbesteuer abzusehen. Dieser Gesichtspunkt ist von solcher Bedeutung, dass das Mass und die Art der rein ärztlichen Tätigkeit des Besitzers nicht über die Gewerbesteuerpflicht entscheidet. Auch wenn er sich vorwiegend den Verwaltungsgeschäften widmet, die doch auch eine ausgesprochen ärztliche Färbung, wie immer wieder betont werden muss, tragen, oder wenn er zu seiner Unterstützung Aerzte anstellt, behält der Betrieb einer Privatheilanstalt sicher den Charakter einer ärztlichen Tätigkeit [Kammergericht 9. 11. 1903<sup>1)</sup>].

Eine mir vorliegende Entscheidung des Obergerichts vom 3. 11. 1904 führt aus: „Wenn beispielsweise ein Arzt, der eine Privatkankeanstalt zweifellos nur zum Zwecke der Ausübung seines ärztlichen Berufes begründet und betrieben hat, durch Alter, Krankheit oder andere Umstände gezwungen wird, seine eigene ärztliche Tätigkeit einzuschränken und die Leitung der Anstalt, sowie die Behandlung der Kranken in mehr oder minder grossem Umfange den zu seiner Hilfe angenommenen Aerzten zu übertragen, so wird dadurch noch nicht seine Gewerbesteuerpflicht begründet, so lange nur der Zweck der Anstalt, die Ausübung des ärztlichen Berufes seitens des Besitzers, unverändert bleibt.“ „Auf das Mass seiner ärztlichen Tätigkeit“ kommt es nicht an.

Würde freilich die ärztliche Behandlung der aufgenommenen Kranken völlig oder in der Hauptsache fremden oder angestellten Aerzten überlassen und würde sich der Anstaltsbesitzer vorwiegend mit der finanziellen Ausbeutung des Betriebes befassen, so würde der Anstaltsbetrieb für den Anstaltsinhaber Selbstzweck, eine „selbständige berufsmässige Tätigkeit zur Gewinnerzielung aus dem ökonomischen Betriebe der Anstalt wie bei nicht ärztlichen Anstaltsbesitzern.“ Ein Mittel zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ist die Anstalt dann für

1) Das Recht 1904, S. 10.

andere, nämlich die fremden oder angestellten Aerzte (Oberverwaltungsgericht 14. 1. 1914).

Das Oberverwaltungsgericht hat den Betrieb einer Badeanstalt oder einer zur Aufnahme von Badegästen bestimmten Pension durch einen Arzt als gewerbesteuerpflichtig angesehen, weil sie nach den Unterlagen im wesentlichen offenbar der Unterkunft der Badegäste ebenso dienen soll, wie ähnliche Unternehmungen nichtärztlicher Personen. „Dass es sich bei jener Anstalt regelmässig oder hauptsächlich um die Aufnahme solcher Badegäste handelte, die einer anhaltenden Kranken- und Pflege bedurften, ist aus dem Inhalt der Verhandlungen nicht zu entnehmen“<sup>1)</sup>.

Die Ausübung des ärztlichen Berufes ist nach § 4, Z. 7 des Gewerbesteuergesetzes vom 24. Juni 1891 — wenigstens für die in Deutschland approbierten Aerzte<sup>2)</sup> — ausdrücklich als gewerbesteuerfrei erklärt, wie denn auch „nach dem allgemeinen Sprachgebrauche die Berufstätigkeit des Arztes nicht ein Gewerbe darstellt“ [Kammergericht 14. 1. 1901<sup>3)</sup>]. Sie darf auf Gewinnerzielung, natürlich auch dauernd, gerichtet sein und ist es auch in der Regel. Die Ausübung des ärztlichen Berufes steht, obgleich sie in Erwerbsabsicht stattfindet, wegen des dabei obwaltenden höheren wissenschaftlichen und sittlichen Interesses ausserhalb des materiellen Gewerbebetriebes. Dadurch, dass die Ausübung der Heilkunde, soweit dies im öffentlichen Interesse geboten ist, durch die Gewerbeordnung geregelt ist, wird die ärztliche Berufstätigkeit nicht schlechthin als ein Gewerbe charakterisiert. Die Gewerbeordnung befasst sich mit der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit nur nach ihrer gewerbe-polizeilichen Seite, ohne dass dadurch die auf wissenschaftlicher Grundlage beruhende Berufstätigkeit der approbierten Aerzte selbst zum Gewerbe gemacht wird<sup>4)</sup>.

Darum darf der Betrieb einer Anstalt nicht deshalb als Gewerbe angesehen werden, weil er Gewinn abwirft, wie übereinstimmend und ausdrücklich von den obersten Gerichten hervorgehoben wird. „Benutzt

1) Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. XIII. 1906. S. 426.

2) O.V.G. 18. 4. 1907. Entscheidungen der Oberverwaltungsgerichte, Bd. XIII, S. 388. R.G. 17. 5. 1907. Jurist. Wochenschr. 1907. S. 491.

3) Das Recht. 1901, S. 203. Entsch. 647. Vergl. Entsch. des Preuss. Oberverw.-Gerichts 5. 3. 1894. Entscheidungen des O.V.G. Bd. II. S. 448. Bd. IV. S. 431.

4) Vergl. Urteil des Reichsgerichts vom 6. 3. 1902. Juristische Wochenschrift 1902. Beilage, S. 227. Reichsgericht 4. 10. 1906, Reichsgericht 17. 5. 1907, Deutsche Juristenzeitung 1907. Nr. 1, Spruchbeilage, Juristische Wochenschrift 1907. S. 492.

. . . . der einzelne Arzt seine Anstalt zur Erzielung eines Gewinns aus der Verpflegung der Kranken, so bleibt sie doch ein notwendiges Mittel zur Ausübung seines ärztlichen Berufes und behält dementsprechend die Eigenschaft einer Zubehörung wenigstens so lange, als nicht der Gewinn aus ihr die Hauptsache für den Erwerb des betreffenden Arztes ist<sup>1)</sup>.

Der Anstaltsbetrieb ist und bleibt eben unter den oben angeführten Voraussetzungen doch nur ein Teil der ärztlichen Tätigkeit. Es ist daher nicht mehr als sinngemäss, wenn das Oberverwaltungsgericht in Durchführung dieses Grundsatzes die Privatanstalten, sofern ihr Besitzer sie zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit benutzt, von der Zahlung der Gewerbesteuer selbst dann befreit, wenn sie einen sehr erheblichen, in ärztlichen Kreisen sonst ganz ungewöhnlichen Jahresgewinn aufweisen.

Die Höhe des Ertrages aus dem Betriebe der Anstalt spricht nicht gegen die Richtigkeit der Behauptung des Anstaltsbesitzers, dass die Anstalt lediglich der Ausübung seines Arztberufes dient, sagt eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 3. 11. 1904.

Dieselbe Ansicht vertritt das Kammergericht unterm 9. 11. 1903<sup>2)</sup>; eine gewerbliche Tätigkeit stellt der Betrieb einer Anstalt selbst dann nicht vor, wenn sie einen erheblichen Gewinn abwirft oder wenn die Kranken nicht ausschliesslich durch den Inhaber, sondern auch durch andere von ihm angestellte Aerzte behandelt werden.

In Uebereinstimmung mit dieser Entscheidung ist in verschiedenen, mir bekannt gewordenen Fällen trotz der grossen Anzahl der angestellten Aerzte — sie betrug bis zu 8 — die Gewerbesteuerpflicht der betreffenden Anstalt verneint worden, wenn sie auch einige 100 Kranke verpflegt; denn der Besitzer leitet sie, wurde ausgeführt, in ärztlicher Beziehung<sup>3)</sup>.

In demselben Sinne lässt sich auch das sächsische Oberverwaltungsgericht aus.

„Wenn . . . der ärztliche Beruf selbst kein Gewerbe ist, so kann er nicht dadurch zu einem solchen werden, dass zu seiner sachgemässen Ausübung gewisse Einrichtungen erforderlich sind, die sich der Arzt, wenn sie ihm nicht von dritter Seite zur Verfügung gestellt werden (zum Beispiel in Krankenhäusern), selbst beschaffen muss.“ Die Einrichtung einer chirurgischen Klinik wird nicht als Selbstzweck, sondern als das notwendige Mittel zur sachgemässen Ausübung des ärztlichen Berufes angesehen. „Hieraus folgt weiter, dass es für die rechtliche

1) Sächs. O.V.G. 12. 3. 1910. Zeitschr. für Med.-Beamte 1911. Rechtsprechung 208.

2) Das Recht. 1904. S. 10.

3) Vergl. Entscheidung des Preuss. O.V.G. vom 13. 3. 1899. Entscheidungen Bd. VII, S. 431, Anmerkung.

Beurteilung an sich belanglos ist, ob sich der Betrieb der Klinik im tatsächlichen Erfolge gewinnbringend gestaltet oder nicht. Denn selbst, wenn die hierdurch erzielten Einnahmen einen Ueberschuss über die Unterhaltungskosten liefern würden, könnte dieser nur als ein Teil des aus der gesamten ärztlichen Tätigkeit herrührenden Einkommens aufgefasst werden.“ Die Privatklinik ist eben kein „in erster Linie wirtschaftlichen Interessen dienendes Unternehmen“<sup>1)</sup>.

Auch später hat das sächsische Oberverwaltungsgericht (12. 3. 1910) sich dahin ausgelassen, die Klinik behalte ihre Eigenschaft als notwendiges Mittel zur Ausübung des ärztlichen Berufes so lange, als nicht der Gewinn aus ihr die Hauptsache für den Erwerb des betreffenden Arztes ist<sup>2)</sup>.

„Insbesondere ist dem Umstande, dass mit dem Betriebe einer solchen Anstalt“ — es handelt sich um ein heilgymnastisches Institut, dessen Betrieb „als Mittel zum Zwecke der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit dient“ — „auch ein Gewinn erstrebt und erzielt wird, an sich allein eine für die Annahme eines Gewerbebetriebes entscheidende Bedeutung nicht beigelegt worden“<sup>3)</sup>.

Ganz entsprechend hat das Oberverwaltungsgericht in einer anderen Entscheidung vom 3. 10. 1901<sup>4)</sup> betont: „Die im § 4 Nr. 7 des Gewerbesteuergesetzes für die Ausübung einer unterrichtenden oder erziehenden Tätigkeit ausgesprochene Ausnahme von der Gewerbesteuerpflicht beruht keineswegs auf der Unterstellung, dass eine solche Tätigkeit nicht auf Gewinn oder doch nur auf einen verhältnismässig dürftigen Gewinn gerichtet sei. Vielmehr soll die Befreiung ohne Rücksicht auf die Höhe des erzielten Gewinns erfolgen.“ Daher verlangte das Oberverwaltungsgericht zur Entscheidung der Frage der Steuerpflichtigkeit

1) Entscheidung des sächsischen O.V.G. vom 13. 11. 1907. Zeitschr. für Medizinalbeamte. 1908, Rechtsprechung, S. 70.

2) Unlängst hat das Reichsgericht unter dem 8. 11. 1918 (Das Recht. 1919. Entsch. Nr. 147) entschieden, dass der Arzt, der Unternehmer einer Privatkankeanstalt ist, als Gewerbetreibender dann anzusehen ist, wenn die Anstalt als ein selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle vom Arzt gehalten wird. Der Arzt wird aber nicht schon dadurch Gewerbetreibender, dass die auf Gewinnerzielung gerichtete ärztliche Tätigkeit, die an sich keinen Gewerbebetrieb im Sinne der Gewerbeordnung bildet, die Unterhaltung einer Anstalt erforderlich macht, wie z. B. die Klinik eines Chirurgen, in welcher die Kranken lediglich zur Durchführung operativer Eingriffe für eine gewisse Zeit aufgenommen werden.

3) Entsch. des O.V.G. 3. 12. 1903, Entsch. des O.V.G. Bd. XI. 1904. S. 401.

4) Entsch. des O.V.G. Bd. X. 1903. S. 400.

eine Prüfung, „ob die Aufnahme der Pensionärinnen in die Anstalt zum Zwecke ihrer Unterrichtung, Erziehung und Beaufsichtigung, oder aus anderen und welchen Gründen erfolge“. Ebenso wenig ist der Lehrer, der durch Halten von Pensionären Gewinn erzielt, gewerbsteuerpflichtig, da „seine erziehende Tätigkeit die Quelle“ des Gewinns ist“<sup>1)</sup>.

## II.

Die Regierung hat in ihrer von dem Oberverwaltungsgericht zurückgewiesenen Entscheidung betont: „Diese Vereinigung der beiden Aerzte kann nur aus der Absicht der Gewinnerhöhung, also der Gewinnerzielung heraus erklärt werden, da ein jeder von ihnen auf einfacherem Wege ein derartiges Sanatorium allein betreiben könnte, wenn es sich für ihn nur darum handeln würde, Material für die Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit zu bekommen. Die Vereinigung der beiden Aerzte in dem gemeinsamen Betriebe der Sanatorien ist offenbar nur aus rein wirtschaftlichen Gründen in der Absicht einer Gewinnerzielung erfolgt. Die ärztliche Praxis hätte ein jeder von den beiden Anstaltsbesitzern allein ebensogut ausüben können, wie auch ein jeder von ihnen neben der Sanatorienpraxis eine, wenn auch wenig umfangreiche besondere ärztliche Praxis ausübt“.

Wie ich schon oben betonte, ist die Frage der Gewinnerzielung schlechtweg für die Entscheidung der Frage der Gewerbesteuerpflicht belanglos. Auch der praktische Arzt oder der Spezialarzt, der seiner Praxis nachgeht, will für gewöhnlich Gewinn erzielen, ohne dass er deshalb der Gewerbesteuer unterliegt. Ausschlaggebend darf allein die Frage sein, ob der Anstaltsbetrieb als selbständige und dauernde Einnahmequelle anzusehen ist, dem gegenüber die rein ärztliche Tätigkeit in den Hintergrund tritt. Aus meinen obigen Ausführungen ergibt sich aber, dass der Anstaltsbetrieb der ärztlichen Tätigkeit in einer zeit- und sachgemäss geleiteten Irrenanstalt untergeordnet ist, sofern der Anstaltsbesitzer auch der leitende Arzt ist.

Mir ist nicht recht ersichtlich, warum gerade die Vereinigung zweier Aerzte die Berechtigung zur Annahme der Gewerbesteuerpflicht dartun soll.

Das alte Sanatorium, von dem das Unternehmen in X. seinen Ausgang genommen hat, erwies sich bald als zu klein und nicht mehr zeitgemäss; es bedurfte eines zeitgemässen Neubaus, um allen Nachfragen gerecht werden zu können.

---

1) Entsch. des O.V.G. vom 29. 2. 1896. Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts. Bd. V, S. 391.

Die Vereinigung mehrerer, von einander getrennter Gebäude zu einer Anstalt hat den grossen Vorteil, dass die Kranken, je nach ihrem sozialen Verhalten, leichter, zweckmässiger und sachdienlicher verteilt werden können. Von vornherein ist die Trennung eines offenen Sanatoriums von einer geschlossenen Anstalt gegeben. Dazu kommt unter Umständen noch, wie in X., ein Gebäude, das hinsichtlich seines Charakters weder das eine noch das andere ist, sondern ein Zwischending darstellt.

Sollte wirklich ein Einzelner die erforderlichen Mittel haben, um eine grössere Privatanstalt zu gründen oder käuflich zu übernehmen, so würde es mehr als fraglich sein, ob er dann die Last, den Aerger und die Unannehmlichkeiten, die der Betrieb einer Privatanstalt mit sich bringt, auf sich nehmen würde! In der Regel wird ein Einzelner nicht über die notwendigen Kapitalien verfügen. Er kann sich diese natürlich auf rein geschäftlichem Wege beschaffen; aber sehr viel vorteilhafter ist die Gewinnung eines fachmännischen Mitarbeiters oder, kaufmännisch gesprochen, Teilhabers, der ebenfalls Geldmittel einschiess.

Nach der Preussischen Ministerialanweisung vom 26. 3. 1901 §19 Z.3 muss mindestens ein psychiatrisch vorgebildeter Arzt in der Irrenanstalt wohnen, wenn sie heilbare Kranke aufnimmt; der leitende Arzt darf mit anderen Worten, wenn er der einzige Arzt der Anstalt ist, die Anstalt jedenfalls nicht für längere Zeit verlassen, und er wäre somit das ganze Jahr an die Anstalt gebunden, wenn er keinen Vertreter stellen kann. Sind aber zwei Aerzte in ihrer eigenen Anstalt als leitende Aerzte tätig, so ist die Gewähr geschaffen, dass jeden Augenblick ein vollwertiger Ersatz vorhanden ist. Eines solchen bedarf es natürlich für den Fall eines längeren Urlaubs oder einer schweren Erkrankung. Dem Anstaltsleiter, der allein auf sich angewiesen ist, würde es schwer fallen, einen Arzt mit geeigneter Vorbildung, zudem in kürzer Zeit als Vertreter zu gewinnen. Seine Anstellung, auch für einen kurzen Zeitraum, würde ihm erhebliche Kosten verursachen. Aber auch wenn ich hiervon absehe, muss hervorgehoben werden, dass in einer Privatirrenanstalt die Verbindung zwischen Kranken und Arzt so innig oder so persönlich ist, wie man sich nur denken kann. Dieses Verhältnis würde durch die Einschlebung eines nicht ständig angestellten, meist jüngeren, wenn auch vielleicht spezialistisch ausgebildeten Arztes, der sich zudem in den neuen Betrieb erst einleben muss, gefährdet. Nicht nur der Kranke selbst, sondern auch seine Angehörigen würden dagegen Bedenken haben.

Die Notwendigkeit, für eine ständige ärztliche Stellvertretung in einer grösseren Privatanstalt Sorge zu tragen, ist im Vergleich zu einem



Sanatorium sehr viel dringlicher, weil die Geisteskranken der ärztlichen Beratung und Ueberwachung viel mehr bedürfen als Nervenranke — man denke nur an den Fall einer ausgesprochenen Selbstmordneigung oder tobsüchtigen Erregung — und weil die Irrenanstalt das ganze Jahr hindurch im Betriebe sein muss, während viele Sanatorien, vor allem solche, die mehr zur Erholung bestimmt sind, nur im Sommer geöffnet sind.

Das waren zweifellos die Erwägungen, die in X. für die Vereinigung der beiden Psychiater zum gemeinsamen Betrieb der Privatanstalt massgebend waren.

Ob unter Verzicht auf die eben geschilderten Vorteile dieser Vereinigung der Betrieb desselben Unternehmens billiger durch Anstellung eines Assistenzarztes gesichert werden könnte, ist meines Erachtens für die Frage der Gewerbesteuerpflicht belanglos, unterliegt vielmehr lediglich dem Ermessen der beteiligten Aerzte. Dabei darf auf keinen Fall übersehen werden, dass die Vereinigung zweier Aerzte in gleichwertiger Stellung auch ihre Nachteile hat. Gerade diese sind daran Schuld, dass verhältnismässig selten eine Irrenanstalt von mehreren gleichberechtigten Aerzten als Besitzern betrieben wird.

Es ist gewiss nicht erforderlich, dass eine Privativrenanstalt von einem Arzt errichtet und betrieben wird. Die Reichsgewerbeordnung sieht in ihrem § 30 diese Möglichkeit ausdrücklich vor, indem sie vorschreibt, welche Bedingungen der Unternehmer bei Erteilung der Konzession erfüllen muss. Aber daraus darf noch nicht der Schluss gezogen werden, dass dasselbe Unternehmen, wenn es von einem Arzte und nicht von einem Laien betrieben wird, deshalb den Charakter eines Gewerbebetriebes beibehält, auch wenn das Unternehmen der ärztlichen Tätigkeit völlig untergeordnet wird. Dasselbe gilt für den Fall, dass zwei Aerzte eine Anstalt besitzen.

Für die Frage der Gewerbesteuerpflicht kann es auch belanglos sein, wie die Arbeit unter beide Aerzten verteilt wird. Die Trennung kann so erfolgen, dass der eine Arzt nur die ärztlichen Leistungen übernimmt, der andere sich lediglich dem Anstaltsbetrieb widmet; da aber der Anstaltsbetrieb der Ausübung des ärztlichen Berufes untergeordnet sein muss und somit eine ausgesprochen ärztliche Färbung trägt, ist auch diese Tätigkeit als eine ärztliche anzusehen.

Die Möglichkeit einer derartigen „sachlichen Teilung der Arbeit“ sieht die hier vorliegende Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 1. Dezember 1915 ausdrücklich vor. „Der eine Arzt widmet sich beispielsweise dem sogenannten Ordinieren, der andere mehr der Verwaltung, namentlich der Sorge dafür, dass die Anstaltseinrichtungen und

der Betrieb den ärztlichen Anforderungen entsprechen, dass die Pfleger ausgebildet und überwacht, dass die Anstalt in jeder Hinsicht möglichst jedem Kranken die günstigsten Lebens- und Heilbedingungen bietet. Auch in dieser Tätigkeit kann die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit und in der Anstalt ein Werkzeug für diese besondere Art von Berufsausübung gefunden werden“.

„Dass der Arzt seine gesamte ärztliche Tätigkeit nur in der Anstalt und für sie ausüben müsse und dass diese, um gewerbesteuerfrei zu sein, die volle Ausübung etwa seines ärztlichen Berufes ermöglichen müsse, ist nirgendwo ausgesprochen und rechtsirrig“, bemerkt ausdrücklich das Oberverwaltungsgericht in einer mir vorliegenden Entscheidung vom 14. Januar 1914; denn es „müssen die gesamten Einrichtungen, wenn sie ihrem Zweck entsprechen sollen, erfahrungsgemäss nach ärztlichen Grundsätzen getroffen sein. Sie müssen den Kranken die günstigsten Lebensbedingungen bieten; welche das sind, kann nur der Arzt beurteilen. Sie müssen zugleich verhüten, dass die Geisteskranken sich oder andere schädigen“. Mit diesen Ausführungen wurde die Ansicht der betreffenden Regierung zurückgewiesen, die daraus, dass der eine der beiden ärztlichen Anstaltsbesitzer in der Hauptsache die Verwaltungsangelegenheiten leitet und die Wirtschaftsführung überwacht, auf einen gewerblichen Charakter des Anstaltsbetriebes schliesst.

Ueber die Beurteilung der Tätigkeit der beiden Aerzte kann dann kein Zweifel sein, wenn beide sich der Behandlung der Kranken und der Leitung des damit unmittelbar verknüpften Anstaltsbetriebes gleichmässig widmen, wie es in X. der Fall ist.

### III.

Für die Entscheidung über die Gewerbesteuerpflicht hat das Oberverwaltungsgericht eine ausschlaggebende Bedeutung der Frage beigelegt, ob die Absicht besteht, den Kranken Aufenthalt und Unterhalt gegen Entgelt lediglich aus Gewinnabsichten zu gewähren. Diese Frage kann im Einzelfalle, da die Vermutung weder für die eine noch die andere Annahme spricht, nur unter Prüfung der konkreten Verhältnisse beantwortet werden.

Das Oberverwaltungsgericht hat daher in seiner vorliegenden Entscheidung vom 1. Dezember 1915 „die Anhörung eines mit den Verhältnissen der Heilanstalt vertrauten oder bekannt zu machenden Sachkundigen“ gefordert, der sich insbesondere auch über die „Verteilung der geforderten Tagessätze auf Verpflegung und ärztliche Tätigkeit innerhalb der unter ähnlichen Verhältnissen üblichen beziehungsweise durch die ärztliche Gebührentaxe festgesetzten Grenzen“ auslässt.

Das Oberverwaltungsgericht hat damit eine Forderung gestellt, die es bereits in seiner früheren Entscheidung vom 5. 5. 1898 erhoben hat<sup>1)</sup>. Die Führung dieses Nachweises, dass aus dem Anstaltsbetriebe selber kein besonderer Gewinn erstrebt wird, wird erleichtert, „wenn die ärztlichen Unternehmer von Privatkrankenanstalten, wie es vielfach geschieht, die Vergütung für die ärztliche Tätigkeit einerseits und für die Gewährung von Unterhalt in der Anstalt andererseits getrennt berechnen und über Beides gesondert Buch führen; alsdann können sie unschwer beweisen, dass sie tatsächlich erhebliche Ueberschüsse nicht erzielt haben oder mit Rücksicht auf die Höhe der Unkosten im Verhältnis zu den Pensionssätzen überhaupt nicht zu erzielen vermögen“.

Ich möchte hinzufügen, dass der Kgl. Württembergische Verwaltungsgerichtshof in einer Entscheidung vom 29. Oktober 1903, in der er ebenfalls die Gewerbesteuerpflicht der Privatanstalten verneint, die „Unterscheidung, wieviel von der Gesamtvergütung auf die ärztlichen und wieviel auf die sonstigen Leistungen entfällt“, als bedeutungslos bezeichnet.

„Im Hinblick auf diese einheitliche Gestaltung des Betriebes des Beschwerdeführers und des daraus fließenden Einkommens muss dieser Betrieb auch einer einheitlichen umfassenden Besteuerung unterstellt werden; es ist nicht angängig, durch künstliche, mit der Wirklichkeit in Widerspruch stehende Annahmen den einheitlichen Wirtschaftsbetrieb in zwei steuerlich besonders zu behandelnde Betriebe zu spalten und für diese gesonderte Betriebe zwei selbständige unter verschiedenen steuerlichen Gesichtspunkten stehende Gewinne willkürlich zu konstruieren“.

Tatsächlich wird wohl kaum in einer einzigen Privattirrenanstalt die ärztliche Leistung in jedem Einzelfalle — und gar noch nach der Gebührenordnung! — in Rechnung gestellt. Ich würde auch die schwersten Bedenken grundsätzlicher Art gegen ein derartiges Vorgehen haben, ganz abgesehen davon, dass hierdurch nur Schwierigkeiten, Unzuträglichkeiten und Misshelligkeiten entstehen. Die ärztliche Leistung ist eben keine Ware, die man gewissermassen mit dem Meter messen kann! Der Patient würde das Gefühl nicht los werden, dass die ärztliche Bemühung nur nach der Zeit bezahlt werden müsse, und andererseits muss sich der Arzt auch gegen den Verdacht schützen, sich bei der Behandlung von Kranken lediglich von materiellen Gesichtspunkten leiten zu lassen.

Bei einer derartigen Kostenberechnung würde, das kann man mit Sicherheit erwarten, geradezu um die Kosten für die ärztliche Behand-

---

1) Entscheidungen des O.V.G. 1899, Bd. 7, S. 428.

lung gefeilscht werden und zwar im Hinblick oder gar unter dem ausdrücklichen Hinweis darauf, dass die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit dem ärztlichen Anstaltsbesitzer keine unmittelbaren Unkosten oder Auslagen verursacht.

In nur wenigen Anstalten wird nach den Prospekten ein besonderes Honorar für die ärztlichen Leistungen ausser den Kosten für Wohnung und Beköstigung vereinbart. Für gewöhnlich wird die ärztliche Behandlung, die Wohnung und Verpflegung als ein einheitliches Ganze angesehen und in einer Gesamtsumme in Rechnung gestellt; nur insofern wird hier und da ein Unterschied gemacht, als sich der Anstaltsleiter das Recht vorbehält, einen höheren Pensionspreis zu berechnen, falls besondere Anforderungen von Seiten des Kranken — und das gilt auch in ärztlicher Beziehung — gestellt werden.

Daher geht es meines Erachtens auch nicht an, gerade daraus, wie es im vorliegenden Falle seitens der Regierung geschehen ist, die Absicht der Gewinnerzielung aus dem Anstaltsbetriebe zu erschliessen, dass eine gesonderte Berechnung des ärztlichen Honorars und der Pensions-einnahmen nicht stattfindet. Ein sehr gewichtiger Beweisgrund für die Gewerbesteuerpflicht des Sanatoriums könnte dann durch ein einfaches finanztechnisches Manöver leicht beseitigt werden; tatsächlich soll aber doch nur auf Grund sachlicher Erwägungen, nicht im Hinblick auf die Art der Bücherführung über die vorliegende Frage entschieden werden. Da nach mehrfachen Entscheidungen<sup>1)</sup> die Privatanstalten nicht verpflichtet sind, ihre Firma in das Handelsregister eintragen zu lassen, sind sie zu einer kaufmännischen Buchführung nicht angehalten. Aus der Unmöglichkeit, auf Grund der eingereichten Bilanz ein klares Bild „über die Höhe des erzielten gewerblichen Ertrages aus der ärztlichen Tätigkeit in Verbindung mit dem Betriebe des Sanatoriums“ zu erhalten, darf und kann somit kein Rückschluss auf die Steuerpflichtigkeit gezogen werden.

Der hier vom Oberverwaltungsgericht gestellten Aufgabe gerecht zu werden, ist nicht nur misslich, sondern auch schwer. Ich kann eine Lösung der Aufgabe nur darin sehen, dass ich dem Nichtfachmann auseinandersetze, worin die rein ärztliche Tätigkeit des Anstaltsleiters einer Irrenanstalt besteht. Ich füge in Klammern die Mindestgebühr hinzu, die dem Arzt nach der ärztlichen Gebührenordnung für Preussen vom 15. 5. 1896 und ihren Ergänzungen vom 13. 3. 1906 und 23. 5. 1914 zusteht.

Man kann erwarten, dass durchschnittlich jeder Kranke von dem Anstaltsarzt täglich mindestens zweimal besucht wird. Der Besuch

1) Kammergericht 14. 1. 1901, vgl. Kammergericht 9. 11. 1903. Aertzl. Sachverständigenzeitung 1905, S. 92.

Archiv f. Psychiatrie. Bd. 60. Heft 2/3.

dauert natürlich nicht immer gleich lange. Bei dem einen Kranken genügt ein Händedruck, ein kurzes Wort, während der andere Kranke bei jeder Gelegenheit Wert darauf legt, mindestens  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  Stunde oder noch länger sich mit dem Arzt zu unterhalten. Da der Arzt in der Anstalt wohnen muss, wird es sich um eine „Beratung eines Kranken in der Wohnung des Arztes“ (II A. Z. 3 1 Mark) handeln. In X liegen aber die beiden Sanatorien getrennt. In jedem Sanatorium wohnt ein Arzt. Vertritt ein Arzt den anderen, so würde für die Besuche in der nicht zur Wohnung gehörigen Anstalt, also „den Besuch des Arztes bei dem Kranken“, eine höhere Gebühr zu berechnen sein, wenn auch die Mindestgebühr (II A. Z. 2 1 Mk.) dieselbe ist. Die Mindestgebühr darf erhöht werden, wenn eine besonders eingehende Untersuchung (Augenspiegel, Mikroskop) vorgenommen wird (Z. 5 2 Mk.) oder wenn der Besuch auf „Verlangen der Kranken“ sofort gemacht wird (Z. 11).

Vielfach genügen aber nicht zwei Besuche täglich, vor allem nicht bei Angstzuständen oder Erregungszuständen. Damit käme die Berechnung einer grösseren Zahl in Betracht, die nach der Gebührenordnung gerechtfertigt ist, weil sie „nach der Beschaffenheit des Falles geboten sind“ (Z. 8).

Die Einrichtung von Wachabteilungen beseitigt nicht die Notwendigkeit, die Kranken auch nachts unter Umständen aufzusuchen; hierfür kommt (Z. 10) das Zwei- bis Dreifache der Gebühr für Besuche oder Beratungen am Tage in betracht.

Die Tätigkeit des Anstaltsleiters, soweit sie bisher geschildert ist, stellt das dar, was durchschnittlich jedem Kranken gewährt wird. Beim Hinzutritt einer rein körperlichen Erkrankung wird der Arzt erheblich mehr in Anspruch genommen werden.

Aber auch die Eigenart der psychischen Störungen macht vielfach besondere Eingriffe notwendig. Dem Kranken muss ein Betäubungsmittel, unter Umständen, wie bei melancholischen Kranken, die sich weigern, die Arznei zu nehmen, wochen- oder gar monatelang, Tag für Tag, mehrmals (vgl. Z. 42) eingespritzt (Z. 37 1 Mk.) oder ein Heilmittel intravenös einverleibt werden wie z. B. Salvarsan. (Z. 37 b 5 Mk.) Bei andern Kranken sind zeitraubende elektro-diagnostische Untersuchungen oder elektrische Behandlungen (Z. 36 2 Mk.) erforderlich.

Unter Umständen muss die Hypnose, die für den Arzt sehr zeitraubend und anstrengend ist und für die in der Gebührenordnung eine besondere Taxe nicht angegeben ist, angewandt werden. Die Psychoanalyse, die noch mehr Zeit beansprucht und oft stattfinden muss, soll sie den von manchen gepriesenen Erfolg haben, brauche ich nicht zu berücksichtigen, da sie — glücklicherweise! — nicht in den Heilplan

der Anstalt in X. aufgenommen ist. Bei nahrungsverweigernden Kranken ist Sondenernährung erforderlich. Bei sehr erregten oder körperlich schwachen Kranken muss der Anstaltsleiter das Bad leiten, das dem Kranken gegeben wird (Z. 32 2 Mk.). Zur Feststellung der Natur der Erkrankung ist heute in einer grossen Zahl von Fällen die Untersuchung des Blutes und des Liquors notwendig. Natürlich muss hierzu das Blut dem Kranken entnommen oder die Punktion vorgenommen werden; beides bedeutet einen, wenn auch nicht gerade erheblichen, operativen Eingriff (vgl. Aderlass nach Z. 48 2 Mk.). Die Untersuchung des Blutes und des Liquors ist umständlich und schwierig, so dass für sie eine besondere Entschädigung, über deren Höhe die Gebührenordnung keine Bestimmung enthält, zweifellos gerechtfertigt ist. Dass die Untersuchung des Harns, mindestens bei der Aufnahme jedes Kranken, gemacht wird, halte ich für selbstverständlich. Sie muss bei dem Verdacht oder dem Vorliegen von Stoffwechselstörungen wiederholt, unter Umständen täglich vorgenommen oder gar quantitativ ausgeführt werden.

Ich habe bisher die ärztliche Tätigkeit im engeren Sinne berücksichtigt, wenn ich noch erwähne, dass der Anstaltsleiter, vor allem wenn die Anstalt auf dem Lande gelegen ist, des öftern auf eine „mündliche Beratschlagung zweier oder mehrerer Aerzte“, z. B. mit einem Facharzte für innere Medizin oder Chirurgie (Z. 12 5 Mk. für jeden Arzt) angewiesen ist.

Die ärztliche Tätigkeit des Arztes einer Privatirrenanstalt ist aber sehr viel umfangreicher. Bei der Aufnahme und bei der Entlassung des Kranken ist einer grossen Zahl von Behörden zu berichten. Die zuständige Staatsanwaltschaft fragt in bestimmten Zwischenräumen nach dem Befinden des in der Anstalt untergebrachten Geisteskranken und der Notwendigkeit seiner Entmündigung. Diese Frage vermag nur der Arzt zu beantworten, und die Antwort stellt zum mindesten wieder eine kurze Bescheinigung über den Krankheitszustand (Z. 24 a 2 Mk.) dar, wenn nicht gar ein ausführlicher Krankheitsbericht (Z. 24 b 3 Mk.) notwendig ist; dasselbe gilt auch dann, wenn der Anstaltsleiter die Stellung eines Pflegers für den Kranken anregt, befürwortet oder ablehnt oder wenn er Behörden gegenüber, insbesondere der Ortspolizeibehörde des zukünftigen Aufenthaltsorts, seine Bedenken gegen eine Entlassung des Kranken aus der Anstalt zum Ausdruck bringen will. Begründete Gutachten habe ich nicht erwähnt, weil diese wohl immer besonders von den sie einfordernden Behörden entschädigt werden.

Bisher habe ich noch nicht den mündlichen und schriftlichen Verkehr mit den Angehörigen des Kranken erwähnt. Wohl jeder Irrenarzt wird mir darin beipflichten, dass es in nicht wenigen Fällen schwieriger

ist, mit den Angehörigen des Kranken als mit diesem selbst auszukommen. Man könnte geradezu von einer Behandlung der Verwandten reden! Viele Verwandten bringen dem Anstaltsleiter, sei es aus sich, sei es infolge übernommener krankhafter Vorstellungen des Anstaltskranken, Misstrauen entgegen. Jeder Angehörige glaubt, über Geisteskrankheiten, auf jeden Fall über das bei seinem Angehörigen vorliegende Leiden, besser unterrichtet zu sein, als der Fachmann. Auch der Fernsprecher (vgl. Z. 5 a) wird in den Dienst einer Privatirrenanstalt gestellt; so kann man in Prospekten schon der Bemerkung begegnen, telephonische Auskunft werde, wenn überhaupt, nur zu den und den Zeiten erteilt.

Nimmt der Arzt die Mahlzeiten gemeinsam mit den Kranken ein, wie es auch in X. der Fall ist, so hat er nicht einmal während der Mahlzeit seine Ruhe, sondern muss auch dann noch beruflich tätig sein.

Ich bin mir sehr wohl bewusst, dass nicht jede der von mir erwähnten Möglichkeiten, so häufig sie in der Anstalt auch zutreffen, in jedem Einzelfalle in Betracht kommen. Gewiss wird der schon seit Jahren erkrankte ruhige Irre weniger ärztlicher Pflege bedürfen, als der akut Erkrankte oder der Erregte. Aber ich muss doch dem Missverständnis entgegentreten, als ob bei alten unheilbaren Kranken lediglich eine Bewahrung in Betracht kommt, also eine Tätigkeit, die auch der Nicht-Arzt ausüben könnte; vielmehr ist auch hier eine körperliche und psychische Behandlung oder doch zum mindesten Ueberwachung notwendig, soll der Kranke nicht verkommen.

Das Mindestmass ärztlicher Leistung, das jedem Anstaltskranken zu teil wird, ist der ein- bis zweimalige Besuch am Tage, und man kann getrost annehmen, dass hierzu noch sicher im Laufe des Tages eine weitere Leistung hinzukommt, die natürlich in jedem Einzelfalle verschieden ist.

Ich habe oben nur die Mindestsätze angeführt. Die Mindestsätze sollen aber nach der Gebührenordnung bei nachweisbar Unbemittelten (I § 2) Anwendung finden. Solche können aber in X. nicht aufgenommen werden. Im Gegenteil, es handelt sich hier durchschnittlich um Kranke, die den besseren Ständen angehören — das ergibt sich schon aus dem Pensionssatz, der täglich durchschnittlich 8—12 Mark beträgt —, und die Gebührenordnung gestattet im § 3 ausdrücklich, die Höhe der Gebühr nach der Vermögenslage des Zahlungspflichtigen zu bemessen.

Eine höhere Gebühr für die ärztlichen Leistungen zu berechnen ist auch deshalb zulässig, weil die beiden Besitzer Spezialärzte sind; sie waren es schon, bevor sie in den Anstaltsbetrieb eintraten — für den leitenden Arzt einer Privatirrenanstalt ist ja eine zweijährige spezialistische Ausbildung ohnehin erforderlich — und sind es im Laufe ihrer bisherigen Anstaltstätigkeit noch mehr geworden.

Ihre Tätigkeit, die „eine besondere Form der Ausübung des ärztlichen Berufes“ darstellt<sup>1)</sup>, unterscheidet sich von der anderer Aerzte vor allem auch dadurch, dass sie Tag für Tag — gewissermassen in ihrem eigenen Hause — Sprechstunde für eine grössere Zahl von Kranken und zwar vielfach dieselben Kranken halten. Es wäre aber unberechtigt, daraus die Forderung einer geringeren Gebühr herzuleiten. Man kann es dem Arzte nicht zumuten, dass er, kaufmännisch gesprochen, Rabatt gibt; es handelt sich hier um einen grundsätzlichen Unterschied, der ohne weiteres einleuchtet.

Die Gebührenordnung sieht übrigens eine Ermässigung auch nur dann vor, wenn „mehrere zu einer Familie gehörende und in derselben Wohnung befindliche Kranke gleichzeitig zu behandeln“ sind (Z. 9). Die Unzulässigkeit einer Ausdehnung dieser Pflicht über den im Gesetz ausdrücklich vorgeschriebenen Rahmen hat das Landgericht Münster i. W. am 9. Mai 1912 ausdrücklich verneint<sup>2)</sup>; danach kann bei gleichzeitiger Behandlung mehrerer einer und derselben Krankenkasse angehörenden Mitglieder in einem Krankenhause das volle Besuchshonorar bei jedem Kranken berechnet werden. Aber auch abgesehen davon trifft die obige Vorschrift über Ermässigung bei Massenbehandlung nur auf die ärztlichen Besuche zu, nicht aber auf die Beratungen in der Wohnung des Arztes, um die es sich vorzugsweise bei einer Privativrenanstalt handelt.

Soll ich auf Grund meiner Ausführungen schätzen, wieviel die Anstaltsbesitzer in X. für ihre ärztliche Bemühung täglich für jeden Kranken durchschnittlich berechnen dürfen, so würde ich sicher 3—5 Mk. angeben.

Es muss berücksichtigt werden, dass auch in X., wie in jeder grösseren Privatanstalt, einzelne Kranke zu einem billigeren Satz verpflegt werden, der oft die baren Auslagen nicht deckt; dass der besser situierte Kranke durch eine höhere Zahlung den Ausfall ausgleicht, erscheint gewiss nicht unbillig. Daraus allein darf nicht ohne weiteres eine Gewinnabsicht des Anstaltsleiters entnommen werden, wie ausdrücklich die schon mehrfach angezogene Entscheidung des Preussischen Obergerverwaltungsgerichts vom 5. Mai 1898<sup>3)</sup> betont. Massgebend für die Absicht der Gewinnerzielung ist eben nur das jährliche geldliche Schlussergebnis.

Dass die Ausübung des ärztlichen Berufes durch die Verbindung mit dem Anstaltsbetriebe vielfach einen grösseren Gewinn abwirft als

1) Entscheidung des sächsischen Obergerverwaltungsgerichts vom 31.5.1902. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1902. Rechtsprechung S. 3.

2) Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1912. Rechtsprechung S. 21.

3) Entscheidungen. Bd. 7. S. 429.



ohne solche, gebe ich ohne weiteres zu. Aber damit allein darf nicht die Gewerbesteuerpflichtigkeit begründet werden, wie es bereits eine ältere Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 11. Oktober 1894<sup>1)</sup> getan hat.

Das Oberverwaltungsgericht hatte geradezu „wegen der Höhe des Anlage- und Betriebskapitals und der Grösse der Anstalt, sowie der von der Anstalt an die Patienten gewährten Leistungen und des jährlichen Umsatzes“ den Betrieb der Anstalt als einen Gewerbebetrieb angesehen, und eine Ausscheidung der Honorare für die ärztliche Behandlung von dem Ertrage des Gewerbebetriebes als unzulässig bezeichnet.

Ich habe mit Absicht in meinen Anfragen, die ich an die Privatanstalten gerichtet habe, eine Auskunft auch darüber erbeten, welcher Betrag wohl für die Behandlung jedes Kranken für den Tag berechnet werden dürfte.

Viele Fachkollegen fühlten sich dazu ausser stande, weil ihnen eine reinliche Scheidung zwischen Verpflegungskosten und Gebühren für ärztliche Leistungen unmöglich erschien.

Andere wieder berechneten ihr ärztliches Einkommen aus dem tatsächlichen Ueberschuss, den sie bei dem Anstaltsbetrieb nach Abzug aller Ausgaben, Abgaben und Unkosten am Ende des Rechnungsjahres erzielen; das ist meines Erachtens nicht zulässig, da es sich hier um ein Bilanzmanöver handelt.

Einzelne Aerzte gaben an, dass ein bestimmter Prozentsatz des Pensionsgeldes für ärztliche Bemühungen anzusehen sei; er schwankte zwischen 15 und 30 pCt.

Eine vierte Gruppe von Aerzten gab mir bestimmte Zahlen an. Zwei Mark war die Mindestsumme, die für den Kopf und Tag berechnet wird, und dabei handelt es sich meist um Sanatorien, in denen der Arzt eine weniger anstrengende und verantwortliche, man darf auch ruhig sagen, weniger gefährvolle Tätigkeit ausübt, als in der geschlossenen Anstalt. Die Mehrzahl beziffert die zu beanspruchende Mindestsumme auf drei Mark täglich. Viele verlangen auch mehr. Ein Anstaltsbesitzer nimmt Bezug auf ein Gutachten, das über diese Frage vier in weiten Kreisen bekannte Kliniker erstattet hatten; nach diesem Gutachten sollen dem Arzt täglich 5 Mark für die Behandlung jedes Kranken zugebilligt werden.

Einige Anstaltsbesitzer wiesen darauf hin, dass die Leiter einzelner öffentlichen Krankenhäuser berechtigt sind, die Behandlung von Kranken

---

1) Entscheidungen. 1895. Bd. 3. S. 254.

besserer Stände zu berechnen; nach den mir gemachten Mitteilungen beträgt diese Gebühr für die I. Klasse — und nur diese käme nach dem Charakter der Anstalt in X. in Betracht — mindestens drei Mark täglich. Der Besitzer einer bayrischen Privativrenanstalt schreibt mir, dass ihm die Anrechnung einer Gebühr in dieser Höhe schon vor Jahr und Tag seitens seiner Steuerbehörde zugebilligt sei.

Ich bin überzeugt, dass der Jahresabschluss mancher Privatanstalten bei Zugrundelegung dieser Gebühr für ärztliche Tätigkeit eine Unterbilanz aufweisen würde. Das würde natürlich nicht beweisen, dass die ärztliche Tätigkeit von mir geldlich zu hoch bewertet wird. Es geht vielmehr aus diesem rechnerischen Abschluss nur hervor, dass der Anstaltsbetrieb an sich keinen Gewinn bringt. Mehrere Privatanstaltsbesitzer, die eine eingehende und kaufmännische Buchführung haben, gaben mir in glaubhafter Weise an, dass sie froh seien, wenn der Anstaltsbetrieb eine 4—5prozentige Verzinsung abwerfe.

Der Besitzer einer sehr angesehenen grösseren Privatanstalt schrieb mir, dass der Reingewinn, auf Arztkosten berechnet, 95 Pfennig für den Kopf und den Tag ergebe. Da in dieser Anstalt nur Kranke der besseren Stände verpflegt werden und ihnen, wie allgemein bekannt ist, eine sehr ausgiebige und persönliche Behandlung zuteil wird, pflichte ich ohne weiteres dem Anstaltsbesitzer bei, wenn er meint, diese Bezahlung sei mehr als kärglich. Diese Angabe, der ich wegen der jedem bekannten Zuverlässigkeit des Anstaltsbesitzers besonderen Wert beimesse, teile ich nur mit, weil sie lehrt, dass tatsächlich der reine Anstaltsbetrieb nicht immer Gewinn abwirft.

#### IV.

Ich gebe somit mein Gutachten dahin ab:

1. Das Sanatorium X. ist nicht als ein Unternehmen anzusehen, das der Gewerbesteuerpflicht unterliegt; denn der Anstaltsbetrieb ist der ärztlichen Tätigkeit nach jeder Richtung untergeordnet.
2. Die Vereinigung der beiden Aerzte ist nicht in der Absicht der Gewinnerhöhung erfolgt, sondern bedingt oder fast geboten durch überwiegend ärztliche Erwägungen und Rücksichten.
3. In einer Anstalt von dem Charakter der Anstalt in X. ist eine Gebühr von 3—5 Mark für den Tag und den Kopf, soweit ärztliche Leistungen in Betracht kommen, auch unter Zugrundelegung der Bestimmungen der Preussischen Gebührenordnung gerechtfertigt.

Auf mein Gutachten hin hob die Regierung die Veranlagung der Privatanstalt zur Gewerbesteuer auf. Zahlenmässig konnte nachgewiesen werden, dass ein besonderer, die Gewerbesteuer begründender Gewinn nicht erzielt wird. Nur der geringste von mir vorgeschlagene Tagesatz von 3 Mark der Berechnung der ärztlichen Gebühren zugrunde gelegt, wird das im Anstaltsbetriebe steckende Kapital der Inhaber verzinst, — wird, wie ich noch hinzufügen möchte, auch noch ein angemessener Betrag für die Abnutzung der betreffenden Gebäudeteile und ihres Inventars unter den Unkosten in Ausgabe gestellt (vergl. Entscheidung des O.V.G. vom 5. Mai 1898 Bd. 7 S. 429) — so ergab sich, dass in einem Jahre überhaupt keiner, in zwei Jahren nur ein unerheblicher wirtschaftlicher Reinertrag erzielt wurde. Dieser Ertrag wurde vor allem mit Rücksicht auf das aufgewandte Risiko und die wirtschaftliche Tüchtigkeit der beiden Anstaltsärzte als gering angesehen. Alles das berechtigt nicht zu der Annahme, „dass der ganze Anstaltsbetrieb von dem Inhaber zum Zwecke des Erwerbs aus der Wirtschaft betrieben wird“. Auch den anderen Ausführungen meines Gutachtens schloss sich die Regierung an.

---

XXVII.

**Ueber eigenartige Einschlüsse in den Ganglienzellen (Corpora amylacea) bei einem Falle von Myoklonus-Epilepsie.**

Vorläufige Mitteilung.

Von

**A. Westphal.**

(Hierzu Tafeln VIII—X.)

Im Jahre 1911 hat Lafora<sup>1)</sup> eine ganz eigenartige Bildung von besonderen Körperchen in den Ganglienzellen des Zentralnervensystems bei einem Falle von Myoklonus-Epilepsie beschrieben und dieselben als „Amyloidkörperchen“ bezeichnet. Die Körperchen liegen nach der Beschreibung Lafora's im Innern der Ganglienzellen, teils in Einzahl, teils in Mehrzahl. Der Kern liegt bei diesen Ganglienzellen zum Teil exzentrisch und erscheint durch die Körperchen gedrückt. Die protoplasmatischen Fortsätze der Ganglienzellen sind zum Teil geschwunden, so dass dieselben rundlich erscheinen. Seltener liegen die Körperchen in den protoplasmatischen Fortsätzen der Ganglienzellen. Derartig veränderte Zellen fanden sich am spärlichsten unter den Betz'schen Zellen des Zentralnervensystems, am zahlreichsten unter den Ganglienzellen der II., III. und IV. Schicht der Hirnrinde, besonders in der Calcarinagegend, den Vierhügeln, dem Sehhügel, der Oblongata und dem Hinterhorn des Rückenmarkes, während die Vorderhörner keine derartigen Veränderungen zeigten.

Die Amyloidkörperchen sind rund, besitzen gewöhnlich einige Schichten, welche manchmal radiäre Streifung zeigen. Sie geben fast immer die charakteristischen Reaktionen der amyloiden Substanz. In ihrer Mitte finden sich oft nadelförmige Kristalle. Manchmal nehmen

---

1) Ueber das Vorkommen amyloider Körperchen im Innern der Ganglienzellen, zugleich ein Beitrag zum Studium der amyloiden Substanz im Nervensystem. Virch. Arch. Bd. 205, und Beitrag zur Histopathologie der myoklonischen Epilepsie. (Bearbeitung des klinischen Teiles von B. Glück.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 6.

die Schichten verschiedene kontrastierende Färbungen an. Die Neurofibrillen zeigen das vorgeschrittene Stadium der Zerstörung.

Einige freiliegende Körperchen sind von einer Gliahülle umgeben. Lafora macht keinen Versuch diese „Amyloidkörperchen“ von den Corpora amylacea zu trennen, er bezeichnet ihr Auftreten in den Ganglienzellen als „amyloide Degeneration“ derselben und erklärt sich ihre Bildung durch eine lokale Abscheidung amyloider Substanz, welche möglicherweise aus dem gestörten Stoffwechsel in den Ganglienzellen hervorgehe. Gegen diesen Befund und seine Deutung wendet sich Stürmer<sup>1)</sup> in seiner grossen, den heutigen Standpunkt unserer Kenntnisse über die Corpora amylacea des Zentralnervensystems wiedergebenden Arbeit, in welcher er hervorhebt, dass eine direkte Entstehung der Corpora amylacea aus Ganglienzellen noch nicht nachgewiesen, aber auch nicht anzunehmen sei, und dass es sehr zweifelhaft sei, ob es je gelingen wird, eine Entstehung der Corpora amylacea aus spezifischer Nervensubstanz zu beweisen, in einer absprechenden Kritik, „die Abbildungen Lafora's ermangelten jeder Wahrscheinlichkeit, selbst für den Fall, dass sie ganz schematisch gehalten sein sollen“. Das atypische Vorkommen in den Ganglienzellen und das andersartige morphologische und tinktorielle Verhalten wiesen darauf hin, dass es sich in dem Falle Lafora's wohl schwerlich um richtige Corpora amylacea handeln dürfte. Es sei falsch aus dem sehr zweifelhaften Befund dieser sogenannten Amyloidkörperchen auf eine „amyloide Degeneration“ der Ganglienzellen zu schliessen.

Der Befund von Lafora war bisher in seiner Art der Einzige. Vor Kurzem konnte ich nun bei einem auch in klinischer Hinsicht bemerkenswerte Erscheinungen darbietenden Fall von Myoklonus-Epilepsie eigenartige Einschlüsse in den Ganglienzellen konstatieren, deren Identität mit den von Lafora beschriebenen nicht zweifelhaft ist. Da mir die Feststellung dieser Tatsache von allgemeinerem Interesse zu sein scheint, halte ich eine vorläufige, sich auf eine Schilderung des klinischen Verlaufs des Falles und des Befundes an den Ganglienzellen beschränkende, von einer Wiedergabe der anatomischen Veränderungen in ihrer Gesamtheit zunächst noch absehenden Mitteilung für angebracht, während die ausführliche Veröffentlichung einer späteren Arbeit vorbehalten bleibt.

Krankengeschichte. Adele N., 18 Jahre alt, wurde am 31. 7. 1917 in die Bonner Provinzial-Heilanstalt aufgenommen. Ihre Eltern, Geschwisterkinder, leben und sind gesund, ebenso die beiden Brüder und eine Schwester

1) Die Corpora amylacea des Zentralnervensystems. Histologische und histopathologische Arbeiten über die Grosshirnrinde, herausgegeben von F. Nissl und A. Alzheimer. 1913. Bd. 5. H. 3. (Mit ausführlichem Literaturverzeichnis.)

der Patientin. Keine Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie, insbesondere auch nichts von Epilepsie bekannt. Im Alter von 10 Jahren Scharlach. In Anschluss an diesen ein Anfall mit Bewusstlosigkeit von einer Stunde Dauer. Danach anscheinend gesund, besuchte das Mädchen-gymnasium, lernte sehr gut, bis sich allmählich Zuckungen in den Armen einstellten, die für „nervös“ gehalten wurden und zunächst keine weitere Beachtung fanden, obwohl dieselben bald so stark wurden, dass ihr beim Essen mitunter der Löffel aus der Hand fiel. November 1915 fiel Pat. bei einem Schulausflug auf das Kinn, „soll sich über das fließende Blut sehr erschreckt haben, besuchte aber weiter die Schule und soll keine auffallenderen Veränderungen dargeboten haben. Vierzehn Tagen nach dem Unfall schwerer epileptischer Anfall von  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde Dauer. Seitdem häufige Wiederholung der Anfälle, die auf den Unfall zurückgeführt wurden. Nach den Anfällen war Pat. häufig kurze Zeit verwirrt, brach in krampfhaftes Weinen oder Lachen aus. Die in den anfallsfreien Zeiten auftretenden Zuckungen in den Händen wurden stärker und ergriffen auch die unteren Extremitäten. Der Gang wurde schwankend und unsicher. Es stellten sich jetzt auch Veränderungen in dem psychischen Verhalten der Pat. ein. Sie wurde sehr schreckhaft, leicht ermüdbar, ihre Interessen liessen nach; sie fing an stumpf und gleichgültig zu werden. Die Sprache wurde stockend und unsicher. Am 11. 5. 1916 erfolgte die Aufnahme in die Lindenburg zu Köln.

Aus dem uns freundlichst überlassenen Krankenjournal ist Folgendes hervorzuheben: Es werden sehr häufige, mitunter in Serien verlaufende schwere epileptische Anfälle beobachtet. Ausserhalb der Anfälle bestehen „eigenartige Zuckungen, bei Intentionen sich verstärkend“. Pat. wurde immer apathischer, die Sprache immer unverständlicher. Sie erkannte ihre Umgebung nicht mehr, hatte Lichterscheinungen vor den Augen, behauptete andauend „14“ Streifen zu sehen. Am 31. 8. wurde konstatiert, dass die sonst gut reagierenden Pupillen, unabhängig von den Anfällen beiderseits sehr weit waren und dass die linke Pupille vollständig lichtstarr war, die rechte nur wenig reagierte. Nach kurzer Zeit wurde wieder prompte Lichtreaktion der mittelweiten Pupillen festgestellt. Zu gleicher Zeit fiel auf, dass Pat. nicht mehr fixierte „offenbar ohne jedes Sehvermögen war“, bei normalem Augenspiegelbefund. Zeitweilig schien sie auch fast völlig taub zu sein. Diese Störungen des Gesichts- und Gehörsinns waren auch in der Folgezeit, aber in geringerem Grade zu beobachten. Sehr wechselnd war das Verhalten der Sehnen- und Hautreflexe. Fuss- und Patellarklonus waren bald vorhanden, bald nicht nachweisbar, ebenso waren Babinski und Oppenheim mitunter deutlich nachweisbar, mitunter nicht oder in nicht ganz sicherer Weise zu konstatieren. Die Bauchdeckenreflexe waren vorhanden. Die Sensibilität wies keine Störungen auf. Keine Lähmungserscheinungen an den Extremitäten. Wassermann im Blute negativ. Bei Lumbalpunktion kein erhöhter Druck, Liquor fliessen tropfenweise ab, ganz klar. Nonne negativ, keine Zellvermehrung.

Da die epileptischen Anfälle, trotz aller angewandten Mittel (Brom, Epileptol u. a.) an Häufigkeit und Schwere zunahmen, die Pat. benommen wurde, nicht mehr schluckte und unter sich liess, wurde im September 1916 der Versuch eines operativen Eingriffs durch Eröffnung der Schädelhöhle in der linken Scheitelgegend (Geh. Rat Tilmann) gemacht. „Das Gehirn quoll förmlich aus der Oeffnung des Schädels heraus und stand offenbar unter sehr starkem Druck. Ein Stich in die weichen Hirnhäute veranlasste ein allmähliches Abfließen der Flüssigkeit und Sinken des Niveaus des Gehirns“. Nach der Operation trat zunächst Besserung der Anfälle und des psychischen Verhaltens auf. Pat. antwortete wieder, wenn auch mühsam und mit stockender Sprache. Bald aber stellen sich wieder schwere, oft in Serien verlaufende epileptische Anfälle ein, die Zuckungen ausserhalb der Anfälle nahmen an Intensität zu, und in psychischer Hinsicht trat eine immer deutlicher werdende Demenz hervor. Dieser Zustand hielt im ganzen unverändert bis zu ihrer Ueberführung nach Bonn am 31. 12. 1917 an.

Hier ergab die Untersuchung folgendes: Patientin ist ein schwächlich gebautes junges Mädchen. In der linken Parietalgegend eine von der Trepanation herrührende, nicht empfindliche Operationsnarbe. Die auffallendste Erscheinung bieten kurze, blitzartige Zuckungen einzelner Muskeln, die in erster Linie die Extremitäten betreffen. Fast andauernd sind die Zuckungen im M. quadriceps femoris beiderseits sichtbar, auch die Extensoren und Flexoren der Hand und der Zehen sind lebhaft beteiligt. Mitunter greifen die Zuckungen auch auf Muskeln des Rumpfes über und führen zu einer krampfartigen Verziehung des Körpers nach hinten herüber. Im Fazialisgebiet sind bald kurze klonische Zuckungen um die Mundwinkel herum, bald ein mehr fibrilläres Wogen zu beobachten, während die anderen Fazialisäste frei sind. Die Zunge nimmt nicht an den Zuckungen teil. Die myoklonischen Zuckungen an den Extremitäten sind arhythmisch, nur mitunter auf beiden Seiten synchron und von sehr wechselnder Intensität. Am deutlichsten treten sie beim Liegen der Patientin in die Erscheinung, haben aber keinen stärkeren lokomotorischen Effekt zur Folge, der sich in der Regel auf leichte Beugungen und Streckungen der Finger und Zehen beschränkt, während in den grossen Gelenken keine Bewegungen erfolgen. Mitunter wird durch das regellose Hervorspringen einzelner Muskeln ein „Sehnenhüpfen“ bedingt, ähnlich dem Verhalten bei hochfiebernden Kranken. Der Gang der Patientin ist nicht ohne Unterstützung möglich, er erscheint weniger durch die Muskelzuckungen, wie durch ein starkes Taumeln gestört. Intendierte Bewegungen mit den Armen sind durch die sich einmischenden Muskelzuckungen behindert. Die Kranke vermag nicht allein zu essen, muss gefüttert werden. Die grobe Kraft der Extremitäten ist sehr gering, ohne dass sich eigentliche Lähmungserscheinungen nachweisen lassen. Keine Sensibilitätsstörungen, die Bauchdeckenreflexe sind erhalten. Die Patellarreflexe sind gesteigert, mitunter Fussklonus hervorzurufen, beiderseits Babinski nachweisbar, kein Oppenheim. Die Pupillen gleichweit. Lichtreaktion links aufgehoben, rechts träge und wenig ausgiebig. Augenhintergrund ohne Besonderheiten. Die Sprache ist ab-

gerissen, mitunter deutlich skandierend, dabei verwaschen. Schwierigere Worte werden nur mühsam und unter sichtlicher Anstrengung herausgebracht, wobei die Zuckungen um den Mund herum an Stärke zunehmen. Psychisch macht Patientin einen euphorisch dementen, leicht benommenen Eindruck. Alle Antworten erfolgen mit grosser Langsamkeit, die weniger auf der Sprachstörung, als auf einer Erschwerung der Auffassung zu beruhen scheint. Die auffallendste Erscheinung auf psychischem Gebiete ist die hochgradige Ermüdbarkeit, die sich durch das schnelle Versagen bei Wiederholungen auch der leichtesten Aufgaben dokumentiert; während man bei der ersten Frage noch mitunter eine leidlich richtige Antwort erhält, sind die folgenden Antworten schon unsinnig oder die Patientin verstummt völlig. Es lässt sich nur durch häufige Wiederholung der Prüfungen feststellen, dass Gedächtnis und Merkfähigkeit erheblich gelitten haben, und dass die Kenntnisse für ihren Bildungsgang sehr dürftige sind. Wassermann im Blut negativ, im Liquor (ausgewertet bis 2,0) negativ. Nonne-Apelt negativ. Keine Pleozytose (6 Lymphozyten in 1 ccm.)

Aus dem weiteren Krankheitsverlauf ist zunächst das häufige Auftreten von epileptischen Anfällen in verschiedenen langen Intervallen hervorzuheben. Während zeitweilig täglich mehrere Anfälle beobachtet werden, ist Patientin mitunter wochenlang frei von Anfällen. Die andauernd bestehenden myoklonischen Zuckungen werden durch diese Anfälle in der Art ihres Auftretens nicht beeinflusst, dagegen haben psychische Erregungen der verschiedensten Art eine wesentliche Steigerung der Muskelzuckungen zur Folge. Die Haut- und Sehnenreflexe zeigen ein sehr wechselndes Verhalten. Babinski und Oppenheim sind bald deutlich vorhanden, bald nicht nachweisbar, ohne dass sich ein Zusammenhang dieser Erscheinungen mit vorhergegangenen epileptischen Anfällen nachweisen liesse. Bald ist Fussklonus vorhanden, bald nicht hervorzurufen. Sehr auffallende Erscheinungen sind an den Pupillen zu konstatieren und veranlassten mich zu systematischen, während des gesamten Krankenhausaufenthaltes der Patientin fortgesetzten Untersuchungen, deren Gesamtergebnis folgendes ist: Mitunter zeigen beide Pupillen keine Störung der Lichtreaktion, mitunter sind beide starr auf Lichteinfall. Häufiger ist die Pupille einer Seite lichtstarr, während die der anderen Seite auf Licht reagiert, mitunter prompt, mitunter auch träge, wobei zwischen links und rechts ein ganz unregelmässiger Wechsel stattfindet. Nicht selten reagiert eine Pupille noch bei der ersten Belichtung, während sie bei der zweiten starr erscheint. Verziehungen der Pupillen sind hierbei nicht zu konstatieren. Es kann einigemal festgestellt werden, dass die lichtstarren, mittelweiten Pupillen sich auch bei Konvergenz nicht verengern, während mitunter bei Konvergenz eine Verengerung eintritt. Die Versuche zur Prüfung der Konvergenzreaktion werden durch die Unfähigkeit der Patientin zu fixieren sehr erschwert. Das ganze Verhalten der Patientin erweckt den Eindruck, dass eine fortschreitende Abnahme des Sehvermögens besteht, über die aber bei ihrer grossen Ermüdbarkeit bei allen Sehprüfungen ein sicheres Urteil



nicht zu gewinnen ist. Lesen und Schreiben zuerst noch, wenn auch unvollkommen erhalten, ist später nicht mehr möglich. Der Gehörssinn lässt zur Zeit unserer Beobachtung keine auffallenden Störungen erkennen. Psychisch tritt ein euphorisch dementes Verhalten immer deutlicher zu Tage, wird aber mitunter durch kurze freiere Zeiten unterbrochen, in denen die Kranke hin und wieder einige überraschend prompte und richtige Antworten gibt, um dann sofort wieder in ihren früheren Zustand zu versinken. Zeitweilig bestehen Gesichtshalluzinationen; Patientin erzählt von drohenden Gestalten, die an ihr Bett herantreten. August 1918 treten besonders schwere epileptische Anfälle von mitunter stundenlanger Dauer auf. Im September wird beobachtet, dass die myoklonischen Zuckungen eine ausserordentliche Steigerung bei der leisesten Berührung der Patientin, einem leichten Anblasen der Haut erfahren, die gesamte Körpermuskulatur ergreifen und so heftig sind, dass die Kranke, nicht gehalten, durch die Zuckungen aus dem Bett geschleudert werden würde. Starke Schweisse treten auf. Patientin wird immer stumpfer, die Sprache ist kaum noch verständlich und unter zunehmenden Störungen des Schluckens tritt am 3. Oktober 1918 Exitus ein.

Die wesentlichen Symptome dieses Krankheitsfalles, myoklonische Muskelzuckungen, epileptische Anfälle und progressive zur Demenz führende psychische Störungen weisen auf Beziehungen desselben zu der von Lundborg beschriebenen Form der myoklonischen Erkrankung hin, unterscheiden sich aber von derselben durch das Fehlen jeder nachweisbaren hereditären Veranlagung, die für den Lundborgschen Typus als ein wesentliches Merkmal bezeichnet werden muss. Die „myoklonische Reaktion“ Lundborg's tritt uns in der letzten Zeit des Leidens in der überaus heftigen Steigerung der Zuckungen auf die geringfügigsten sensiblen Reize deutlich entgegen. Was die spastischen Phänomene anbetrifft, zeigt auch dieser Fall wieder, dass Babinski's und Oppenheim's Zeichen zu den häufiger bei der Myoklonie vorkommenden Erscheinungen gehören, ein Umstand, auf den ich<sup>1)</sup> vor kurzem bei der Schilderung zweier Fälle von familiärer Myoklonie hingewiesen habe. In der Inkonstanz dieser Symptome steht die vorliegende Beobachtung den von Recktenwald veröffentlichten Fällen von familiärer Myoklonie nahe. Bemerkenswert erscheint die schwere Sprachstörung in der vorliegenden Beobachtung, die wohl nicht allein auf die myoklonischen Zuckungen in der Mundmuskulatur zurückgeführt werden kann. Eine sehr auffallende Erscheinung in unserer Beobachtung bietet das Verhalten der Pupillen. Die während einer langen Beobachtungszeit andauernd zu konstatierende Tatsache, dass die Pupillen

---

1) Ueber familiäre Myoklonie und über Beziehungen derselben zur Dystrophia adiposo genitalis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1918. Bd. 58.

einen fortwährenden Wechsel zwischen erhaltener und aufgehobener Lichtreaktion bald einseitig bald doppelseitig zeigen, muss als ein ganz ungewöhnliches Verhalten bezeichnet werden. Die Erscheinungen erinnern an die bei manchen Fällen von katatonischem Stupor zu beobachtenden Pupillenphänomene, unterscheiden sich aber von diesen in der Regel schnell vorübergehenden Beeinträchtigungen der Lichtreaktion, durch die auffallende Konstanz der Störung, auch lassen die Pupillen die für die katatonische Pupillenstarre bis zu einem gewissen Grade charakteristischen Formveränderungen vermissen. Der Umstand, dass die Pupillen bei der Konvergenz bald starr bleiben, bald sich verengern, weist in Verbindung mit analogen Erfahrungen bei der „katatonischen Pupillenstarre“ darauf hin, dass wir es mit einer vorübergehenden absoluten Starre zu tun haben, bei welcher der an Stärke überwiegende Konvergenzimpuls mitunter zu einer Verengerung der Pupillen führt, während dieselben auf Licht noch nicht reagieren. Von weiteren Symptomen, deren Deutung zurzeit noch nicht möglich erscheint, hebe ich die vorübergehenden, in einem früheren Krankheitsstadium beobachteten Symptome von anscheinend völliger Amaurose und Taubheit, sowie die späteren Erscheinungen von Amblyopie hervor. Die Auffassung dieser Symptome als psychogen bedingter ist besonders mit Hinsicht auf die wesentliche Rolle, welche hysterische Ueberlagerungen in den von mir (l. c.) vor kurzem veröffentlichten Fällen von Myoklonie spielen, naheliegend. In dem vorliegenden Falle aber fehlen alle weiteren Hinweise auf eine komplizierende Hysterie völlig, und die Art der Sehstörung machte durchaus nicht den Eindruck einer auf psychogener Grundlage beruhenden Erscheinung, so dass wir nach anderen Ursachen für dieselbe suchen müssen.

Anatomische Untersuchung<sup>1)</sup>. Die Sektion des Gehirns ergab mit Ausnahme eines starken Hydrocephalus externus keine Abweichungen von der Norm. An den inneren Organen fand sich nichts Pathologisches.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Hirnrinde fallen zunächst eigenartige Einschlüsse in den Ganglienzellen auf. Es handelt sich um ganz eigentümliche kugelige Gebilde, welche sich in zahlreichen Ganglienzellen der Hirnrinde, besonders der tieferen Rindenschichten, finden. Sie kommen in allen bisher untersuchten Rindenteilen vor und sind am zahlreichsten in der hinteren und vorderen Zentralwindung vorhanden, mit Ausnahme der Betz'schen Riesenpyramidenzellen, in denen sie nur in vereinzelten Zellen nachweisbar sind. Die Veränderungen treten am besten in

1) Bei der Bearbeitung des anatomischen Materials hat mich Herr Dr. Sioli in sehr dankenswerter Weise unterstützt.

den nach dem Nissl'schen Prinzip mit Toluidinblau gefärbten Schnitten des Alkoholmaterials hervor. Diese Darstellungsweise wird der folgenden Beschreibung zunächst zugrunde gelegt: die runden kugeligen Körperchen grenzen sich scharf von der Umgebung ab, lassen jedoch nie eine Membran erkennen. In der grossen Mehrzahl der erkrankten Zellen verdrängen die kugeligen Gebilde den Kern, so dass derselbe, häufig in der Form verändert, exzentrisch an der Peripherie der Zelle liegt, in anderen Zellen liegen die Körperchen im Protoplasma, ohne die Gestalt der Zellen wesentlich zu verändern oder den Kern zu verdrängen. In vereinzelt Exemplaren sind die Körperchen auch in den Zellfortsätzen vorhanden (Fig. 7, Taf. VIII, Fig. 14, Taf. IX, Fig. 16, Taf. X). Die Grösse der kugeligen Körperchen ist eine sehr verschiedene, wie aus den farbigen, bei derselben Vergrösserung angefertigten Abbildungen hervorgeht. Sie liegen teils vereinzelt, teils zu mehreren, bis zu 7 Exemplaren (Fig. 8, Taf. VIII) in den Zellen und bilden mitunter ein die ganze Zelle ausfüllendes, von spärlichen Protoplasma-resten derselben umgebenes Konglomerat. Man kann im allgemeinen helle und dunkle Körperchen unterscheiden. Erstere stellen kreisförmige Aufhellungen des Zellprotoplasmas von mitunter leicht opakem Farbenton dar, lassen keine konzentrische Schichtung (Fig. 2a, Taf. VIII), nur mitunter ein punktförmiges, etwas dunkler gefärbtes Zentrum (Fig. 2b, Taf. VIII) erkennen. Die grössere Anzahl der kugeligen Gebilde besitzt ein homogen basisch blau gefärbtes Zentrum und um dieses herum ein- oder mehrschichtige, sich durch Differenzen in der Färbbarkeit unterscheidende Höfe (Fig. 3, 9, 10, Taf. VIII). In den gleichen Zellen kommen beide Arten von Körperchen nebeneinander vor (Fig. 14, Taf. IX). Dass zwischen hellen und dunklen Körperchen in den einzelnen Zellen die verschiedensten Uebergänge vorhanden sind, geht aus den Abbildungen deutlich hervor. Eine Anzahl von Körperchen lässt eine feine radiäre Streifung erkennen (Fig. 1, Taf. VIII), die mitunter zu zierlichen fazettierten Bildungen (Fig. 4, Taf. VIII) führt. Bei einigen der fraglichen Gebilde hat der Rand ein gezahntes, zackiges Aussehen (Fig. 6, Taf. VIII). Das Protoplasma der diese Körperchen einschliessenden Zellen zeigt, soweit es nicht völlig von derselben zerstört ist, die verschiedensten Grade der Tigrolyse, zuweilen mit vakuolenartigen Bildungen (vergl. die Abbildungen). Die Form der Zellen mit Einschlüssen lässt die mannigfachsten Formveränderungen, Ab rundungen, flaschenförmige Bildungen, sack- oder buckelartige Auftreibungen erkennen, deren Mannigfaltigkeit die Abbildungen zeigen. Mitunter sind die Veränderungen der Zellform und die Deformitäten des Kerns derartig, dass der Charakter der Zelle, ob Glia- oder Ganglienzelle, nicht mehr sicher zu erkennen ist, doch ist keine Zelle mit Zelleinschluss mit einiger Sicherheit als Gliazelle zu identifizieren. Vereinzelt finden sich die gleichen Körperchen, geschichtete und ungeschichtete, grössere und kleinere, helle und dunkle frei im Gewebe liegend (Fig. 4, 5a, Taf. VIII) ohne nachweisbaren Zusammenhang mit Zellen, während bei anderen entsprechenden Gebilden der Kern und ein zartester umgebender Protoplasmasaum (Fig. 5b

und c, Taf. VIII) oder ein Zellfortsatz (Fig. 5c, Taf. VIII) erkennen lässt, dass die Körperchen in kleinen zelligen Elementen eingeschlossen sind.

Bei der Färbung nach van Gieson sind die Körperchen im Allgemeinen rosa, mit einem Stich ins gelbliche gefärbt. Fig. 12, Taf. VIII zeigt ein solches Gebilde, welches den ganzen Zellleib einnimmt, dem der ganz nach aussen gedrängte Kern kappenförmig aufsitzt. Manche der Körperchen lassen ein kreisförmiges, helleres, gelblich gefärbtes Zentrum erkennen (Fig. 13, Taf. VIII).

Bei der Bielschowsky-Färbung der Neurofibrillen sieht man, dass die gut erhaltenen, intensiv schwarz gefärbten Aussenfibrillen das in der Zelle liegende Gebilde umziehen und auch in den Fortsätzen schwarz gefärbt auf weite Strecken zu verfolgen sind. (Fig. 15, Taf. IX.) Die in einem Fortsatz liegenden Körperchen werden ebenfalls von schwarz gefärbten Fibrillen umzogen, die dann wieder, zu einem Stämmchen vereinigt, weiterziehen. (Fig. 16, Taf. X.) Allgemeinere Veränderungen im Fibrillenbild der die Körperchen einschliessenden Zellen lassen sich also nicht feststellen. Die in vielen Ganglienzellen und vereinzelt in ihren Fortsätzen liegenden kugeligen Gebilde sind teils hell, strukturlos (Fig. 16, Taf. X), teils zeigen sie eine drusige Struktur, und zwar handelt es sich hierbei entweder um ein dunkles Zentrum, welches aus einer drusig gestalteten Anhäufung kleiner Klümpchen von nicht ganz scharfer Begrenzung besteht (Fig. 15, Taf. IX) oder es sind derartig kleine Klümpchen in einer peripheren Schicht, drusenartig um ein helleres Zentrum angeordnet. (Fig. 17, Taf. X.)

Bei der Fettfärbung mit Scharlach (R. Michaelis) lassen die kugeligen Zelleinschlüsse an keiner Stelle Fettreaktionen erkennen.

Bei der Färbung mit Hämatoxylin färben sich Teile der kugeligen Gebilde sehr intensiv blau.

Mit Best'schem Karmin und Neutralrot färben sie sich in ihrem ganzen Umfang sehr stark rot.

Mit Methylviolett, Thionin und Jodgrün färben sie sich in gleicher Weise wie das Grundgewebe.

Bei der Färbung mit Lugol'scher Lösung färbt sich der zentrale Teil vieler Körperchen dunkelbraun, der periphere Teil hellgelblich (Fig. 5d, Taf. VIII). Bei Färbung mit verdünnter Lugol'scher Lösung tritt die gleiche dunkelbraune Färbung des Zentrums ein, bei einigen eine dunkelviolette Färbung, während der periphere Teil bei einigen hellviolett wird. Nachbehandlung der Schnitte mit Schwefelsäure verstärkt den violetten Farbenton etwas.

Färbung mit May-Grünwald'schem Farbgemisch und Mann'scher Lösung lässt im Innern einiger der Körperchen ganz kleine, stark gefärbte Punkte hervortreten.

Diese Untersuchungen ergeben, dass es sich bei den fraglichen, in den Ganglienzellen gelegenen Körperchen um Gebilde handelt, die nach Form, Grösse, Struktur und den Färbbarkeitsverhältnissen dem Verhalten von Corpora amylacea entsprechen. Was die viel diskutierte Frage nach der konzen-

trischen Schichtung dieser Körperchen betrifft, welche Redlich<sup>1)</sup> nur selten fand, während Stürmer (l. c.) an der konzentrischen Schichtung als Eigenschaft der Corpora amylacea unbedingt festhält, sehen wir bei den von uns in den Ganglienzellen nachgewiesenen Körperchen alle Uebergänge von Gebilden mit deutlich konzentrischer Schichtung bis zu selteneren Exemplaren, die eine Schichtung nicht erkennen lassen. In der überwiegenden Mehrzahl der Körperchen erblicken wir aber mit Stürmer „in der Unterscheidung zweier verschiedenen Partien, eines Kernes und einer Schale, den Beweis für ihre konzentrische Schichtung“. Es kann bei Vergleich der Schilderung und den allerdings schematisch gehaltenen Abbildungen Lafora's mit unseren Präparaten kein Zweifel bestehen, dass die von diesem Autor in den Ganglienzellen beschriebenen Körperchen mit den von mir gefundenen identisch sind. Der Umstand, dass wir die kleinen kristallinen Bildungen im Zentrum mancher der Körperchen, die Lafora beschreibt, bei unserem Falle nicht nachweisen konnten, kann als eine wesentliche Differenz wohl nicht betrachtet werden.

Somit ist in zwei Fällen der Nachweis gebracht, dass in den Ganglienzellen Einschlüsse von Gebilden vorkommen, die nach dem heutigen Standpunkt unserer Kenntnisse von den Corpora amylacea nicht zu trennen sind, und dass Stürmer's Kritik der Lafora'schen Befunde „als jeder Wahrscheinlichkeit ermangelnd“ nicht den Tatsachen entspricht. Die Form der Gebilde mit ihrer konzentrischen Schichtung, ihre braunviolette Färbung mit Jod, die Best'sche und die Neutralrotfärbung und ihre Darstellung im Bielschowsky-Präparate lassen es als ausgeschlossen erscheinen, dass es sich um Kunstprodukte, Myelintropfen oder Aehnliches, handelt.

Anschliessen müssen wir uns aber auf Grund des Ergebnisses unserer Farbreaktionen der Ansicht Stürmer's, dass es nicht richtig sei, aus dem Befund der von Lafora als „Amyloidkörperchen“ bezeichneten Corpora amylacea auf eine „amyloide Degeneration“ der Ganglienzellen anzuschliessen, wie es Lafora tut. Auch abgesehen von dem ganz ungewöhnlichen Ort des Auftretens der Corpora amylacea in den Ganglienzellen, während sie ausserhalb derselben nur vereinzelt vorhanden sind, muss in unserer Beobachtung der Befund von sehr zahlreichen derartigen Körperchen bei einer jugendlichen Person an und für sich als ein auffallender bezeichnet werden, da ja bekanntlich

---

1) Die Amyloidkörperchen des Nervensystems. Jahrb. f. Psych. 1891. Bd. 10. H. 1.

die Corpora amylacea in grosser Menge ganz vorwiegend in höheren Altersstufen zur Beobachtung kommen, während sie im jugendlichen Alter fehlen oder nur in sehr spärlicher Anzahl vorhanden sind.

Es ist hier nicht die Stelle, auf die verschiedenen Theorien über die Entstehung der Corpora amylacea als eines Produktes der Glia, der Markscheiden oder der Achsenzyylinder des Näheren einzugehen, zumal es heute „wohl ausser Zweifel ist, dass die Corpora amylacea. nur ein allgemeines pathologisches Stoffwechselprodukt des gesamten zentralen Nervensystems sein können“ (Stürmer) Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, kann das Auftreten der Corpora amylacea in den Ganglienzellen der Grosshirnrinde<sup>1)</sup>, wenn auch zurzeit unsere Kenntnisse nicht ausreichen, um nur eine Vorstellung über ihre Entstehungsweise an dieser Stelle zu bilden, nicht a priori als „etwas ganz Unwahrscheinliches“ bezeichnet werden, hat ja das Studium der mikrochemischen Veränderungen der Ganglienzellen des Zentralnervensystems uns in dem Verhalten der Ganglienzellen bei der amaurotischen Idiotie gezeigt, dass sich bestimmte, eigenartige Abbauprodukte in denselben anhäufen und zu den sonderbarsten Formveränderungen der Zellen und ihrer Fortsätze führen können. Die Eigenart der für die amaurotische Idiotie charakteristischen Zellveränderungen lässt daran denken, dass vielleicht auch bei anderen Gehirn-erkrankungen ähnliche Beziehungen bestimmter Abbauprodukte zu den Ganglienzellen bestehen könnten, und dass die bei der Myoklonus-Epilepsie gefundenen Zelleinschlüsse auf Abbauvorgängen beruhen, die mit den dieser Erkrankung vielleicht zugrunde liegenden, freilich noch durchaus hypothetischen Stoffwechselstörungen (Autointoxikationstheorie Lundsborg's) in Zusammenhang stehen.

Wenn es auch als eine sehr auffallende Tatsache bezeichnet werden muss, dass sich bei einer so seltenen Erkrankung wie der Myoklonus-Epilepsie in zwei Fällen das bisher noch nicht beobachtete Vorkommen von Corpora amylacea in den Ganglienzellen hat feststellen lassen, so ist es doch nicht erlaubt, aus diesen Befunden allgemeinere Schlüsse irgendwelcher Art zu ziehen, zumal die früheren Untersuchungen der Ganglienzellen bei der Myoklonie (Fr. Schultze, Hunt) ein nega-

1) Es ist in dieser Beziehung eine Bemerkung Barfurth's (Rostock) im Anschluss an einen Vortrag von Winterstein „Ueber den Stoffwechsel der nervösen Zentralorgane“ (Ref. Neurol. Zentralbl., 1919, Nr. 2) von Interesse, dass „schon der Physiologe E. Pflüger in seinen Vorlesungen die graue Substanz des Zentralnervensystems als die am schnellsten zersetzbare im Organismus charakterisiert habe“.

tives Resultat gehabt haben, und die Befunde an den Ganglienzellen aus neuerer Zeit bei Fällen von Myoklonus-Epilepsie (Clark und Prout, Mott, Volland, F. Sioli) zwar Veränderungen, aber nicht charakteristischer Art ergeben haben.

Es sei mir zum Schluss gestattet, auf einige Eigentümlichkeiten des klinischen Verlaufs in meinem Fall und dem von Lafora-Glück kurz hinzuweisen. In beiden Fällen haben sich den bekannten Symptomen der Myoklonus-Epilepsie dem Krankheitsbilde nicht zugehörige Symptome auf optischem und akustischem Gebiete zugesellt. Es handelt sich in beiden Fällen um eine Abnahme des Seh- und Hörvermögens, die in meiner Beobachtung von sehr wechselnder Intensität war und einen objektiven Befund vermissen liess. In dem Lafora-Glück'schen Falle bestand ausserdem eine Stauungspapille<sup>1)</sup>, während in unserer Beobachtung ein sehr auffallender Wechsel in dem Verhalten der Lichtreaktion der Pupillen zu konstatieren war. Für die Auffassung der Sehstörung ist es vielleicht bemerkenswert, dass in der Lafora-Glück'schen Beobachtung die charakteristischen Veränderungen an den Ganglienzellen in der Calcarinarinde weit ausgedehnter waren als an irgendeinem anderen Abschnitt der Gehirnrinde. Derartige Befunde lassen die Frage aufwerfen, ob sich nicht aus den verschiedenen unter dem Sammelnamen „Myoklonus-Epilepsie“ zusammengefassten Krankheitsgruppen, deren Trennung in manchen Fällen zurzeit noch eine mehr oder weniger willkürliche ist, auf Grund typischer anatomischer Befunde fester umgrenzte Krankheitsformen zusammenfassen lassen, in ähnlicher Weise, wie es gelungen ist, aus der anscheinenden Gleichförmigkeit der Idiotieformen die wohlcharakterisierten Krankheitsbilder der amaurotischen Idiotie abzusondern? Dass derartige Erwägungen zunächst nur aus dem Grunde Berechtigung haben, um die Aufmerksamkeit bei weiteren Untersuchungen auf die angeregten Fragen zu lenken, braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden.

---

1) Wegen dieser komplizierenden Befunde hat wohl auch Oppenheim (Lehrbuch) den Lafora-Glück'schen Fall nicht ohne weiteres der Myoklonie zugerechnet.

## Erklärung der Abbildungen (Tafeln VIII—X).

### Tafel VIII.

[Fig. 1 bis Fig. 11. (Toluidinblaufärbung nach Nissl.) Zeiss homogen Immersion 2 mm. Kompens. Okular 4.]

Fig. 1. Ganglienzelle (Zentralwindung), mehrere Corpora amylacea im Innern enthaltend. Das Körperchen mit intensiv blau gefärbtem Zentrum lässt radiäre Streifung des äusseren Ringes erkennen. Kern an die Peripherie der Zelle gedrängt.

Fig. 2. Zwei kleinere Ganglienzellen a und b (Zentralwindung), jede ein helles Corpus amylaceum im Innern enthaltend, die Zelle b mit im Zentrum des Körperchens gelegenen blauen Punkt. Zelle a lässt keinen Kern erkennen, in Zelle b liegt er ganz exzentrisch an der Peripherie der Zelle. Die abgerundete Zelle lässt keine Fortsätze erkennen.

Fig. 3. Ganglienzelle (Zentralwindung), mehrere kleine und ein grösseres Corpus amylaceum enthaltend, letzteres mit intensiv blau gefärbtem Zentrum. Bucklige Auftreibungen des Zellleibes durch die Körperchen. Tigrolyse.

Fig. 4. Corpus amylaceum freiliegend (Zentralwindung). Die ausgesprochen radiäre Streifung bedingt zierliche Fazettierung des Körperchens.

Fig. 5. Bei a. Drei freiliegende Corpora amylacea (Zentralwindung). Die bei b und c abgebildeten Körperchen sind in kleine zellige Elemente eingeschlossen. Bei d mehrere Corpora amylacea mit braun gefärbtem Zentrum. (Behandlung mit Lugol'scher Lösung.)

Fig. 6. (Zentralwindung.) Grosses helles Corpus amylaceum mit dunklerem Zentrum und eigenartig gezacktem Rand, in stark veränderter Zelle liegend.

Fig. 7. Ganglienzelle (Zentralwindung), mit mehreren Corpora amylacea im Innern und einem Körperchen in dem Zellfortsatz liegend. Kern an die Peripherie der Zelle gedrängt. Tigrolyse.

Fig. 8. Ganglienzelle (Zentralwindung). Eine grössere Anzahl von Corpora amylacea im Innern der stark veränderten, abgerundeten Zelle liegend.

Fig. 9. Ganglienzelle (Frontalwindung) mit geschichtetem Corpus amylaceum im Innern. Zelle flaschenförmig deformiert. Kern an der Spitze der Zelle liegend. Tigrolyse.

Fig. 10. (Zentralwindung.) a und b birnförmig gestaltete Ganglienzellen mit je einem zentral gelegenen Corpus amylaceum, der Kern an der Peripherie der Zellen liegend. Tigrolyse. In Zelle a vakuolenartige Bildung.

Fig. 11. Ganglienzelle (Zentralwindung) mit einem grösseren geschichteten Corpus amylaceum und zwei kleineren Körperchen im Innern. Tigrolyse der stark deformierten Zelle.

[Fig. 12 u. 13. (Färbung nach van Gieson.) Zeiss homogene Immersion 2 mm. Kompens. Okular 4.]

Fig. 12. Grosses gelbrosa gefärbtes Corpus amylaceum, die Ganglienzelle (Zentralwindung) ganz ausfüllend. Kern der kreisrunden Zelle kappenförmig aufsitzend.



Fig. 13. Grosses rosa gefärbtes Corpus amylaceum mit kreisförmigem gelblich gefärbtem Zentrum, die Ganglienzelle (Frontalwindung) fast ganz ausfüllend. Kern der abgerundeten Zelle peripherisch aufsitzend.

Tafel IX.

Fig. 14 (Mikrophotographie nach einem mit Toluidinblau gefärbtem Präparat). Vergr. 600. Ganglienzelle mit zahlreichen sich durch ihre Färbungseigenschaften unterscheidenden hellen und dunklen Corpora amylacea im Innern und einem kugeligen hellen Körperchen im Fortsatz liegend. Der Kern liegt deformiert in der Spitzengegend der Zelle.

Fig. 15 (Mikrophotographie nach einem Bielschowskypräparat.) Vergr. 700. Grosses Corpus amylaceum mit dunkel gefärbtem drusigem Zentrum in der Ganglienzelle liegend. Das Körperchen wird von schwarz gefärbten Fibrillen umzogen, die sich weiter in den Fortsätzen verfolgen lassen.

Tafel X.

Fig. 16 (Mikrophotographie nach einem Bielschowskypräparat.) Vergr. 700. Helles „strukturloses“ Corpus amylaceum in einem Ganglienzellenfortsatz liegend. Schwarz gefärbte Neurofibrillen umziehen das Körperchen und lassen sich nach Vereinigung zu einem schwarzen Stämmchen weiter verfolgen.

Fig. 17 (Mikrophotographie nach einem Bielschowskypräparat.) Vergr. 700. Corpus amylaceum in einer Ganglienzelle liegend. Das Körperchen lässt ein helleres Zentrum und einen dunkel gefärbten peripherischen Teil von drusiger Struktur erkennen.

## XXVIII.

Aus der Klinik für psychisch und Nervenkranken der Universität Bonn  
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Westphal).

### **Ueber die manisch-depressive Anlage und einige ihrer Ausläufer.**

#### I. Teil.

Von

**Prof. Dr. A. H. Hübner,**  
Oberarzt der Klinik.

#### Vorwort.

Bei den wissenschaftlichen Abenden, welche unser Jubilar in der Anstalt Herzberge seiner Zeit veranstaltete, wies er uns immer von neuem auf die Notwendigkeit einer genaueren Erforschung der Zustände hin, welche wir in dem Begriff der Psychopathien zusammenzufassen pflegen.

Wie fruchtbringend seine Anregungen waren, zeigen die Arbeiten von Birnbaum, der sich sowohl um die Erforschung einzelner Symptome sehr verdient gemacht hat, wie er auch versuchte, Typen aus der grossen Masse der Degenerativen herauszuschälen.

An jene 14 Jahre zurückliegenden Anregungen knüpft die vorliegende Studie an. Sie stellt einen Versuch dar, gewisse symptomatologisch und ätiologisch zusammengehörende „abnorme Charaktere“ kurz zu skizzieren und ausserdem zu zeigen, dass es bizarre Persönlichkeiten gibt, die, lediglich als Zustandsbild betrachtet, manchen schweren Verblödingsprozessen zu gleichen scheinen. Erst ihre symptomatologische Zergliederung und die Verfolgung ihrer Lebensschicksale lehrt uns, dass keine progressive Verblödung vorliegt, sondern dass es sich um die Entwicklung einer manisch-depressiven Anlage handelt.

#### Einleitung.

Das eingehende Studium des manisch-depressiven Irreseins, insbesondere die Verfolgung der Lebensläufe Zirkulärer, zeigte uns, dass es neben den in gut abgrenzbaren Phasen verlaufenden Fälle andere gibt, deren Verlauf ein protrahierterer ist. Ein Teil von ihnen heilt über-

haupt nicht aus. Es bildet sich vielmehr ein Zustand chronischer Manie (Nitsche, Specht) oder Melancholie (Dreyfus, Hübner) aus, der noch alle wesentlichen Symptome des anfangs vorhandenen Zustandsbildes aufweist, aber in milder Form, mehr skizzenhaft.

Eine zweite Erfahrung, die bei Verfolgung der Lebensläufe Zirkulärer gewonnen wurde, besagte, dass zum mindesten ein Teil der Kranken ausserhalb der schweren Attacken, in den sogenannten „freien Zeiten“, nicht ganz gesund ist, vielmehr Krankheitszeichen bietet, die in das Gebiet der allgemeinen Entartung hineingerechnet werden, in Wirklichkeit aber grossenteils Einzelfäden aus dem Knäuel der Symptome des ausgeprägten manisch-depressiven Zustandsbildes darstellen.

Einen Schritt weitergehend stiess man dann auf die mildereren Formen des manisch-depressiven Irreseins, wie sie uns Wilmanns, Hecker, Römheld u. a. kennen gelehrt haben, und als man diese Zykllothymien nach der gesunden Seite hin weiter verfolgte, da traf man schliesslich auf den Begriff der manisch-depressiven Anlage (Kraepelin, Bonhoeffer), die nicht allein bei sicher Zirkulären gefunden wurde, sondern auch bei Persönlichkeiten, die das Grenzgebiet der Entartungszustände niemals überschritten, also nie geisteskrank im engeren Sinne wurden.

Die Kenntnis dieser abnormen Persönlichkeiten ist trotz vieler Arbeit (Kraepelin, Reis u. a.) eine unvollkommene. Wesentlich gefördert wurde sie durch die Aufdeckung der engen Beziehungen zwischen den Zwangsvorstellungen und der manisch-depressiven Anlage (Bonhoeffer, Heilbronner, Stoecker, Schneider, Verf.). Es bedarf aber noch weiteren Studiums und zwar nach verschiedenen Richtungen:

1. müssen die von Kraepelin u. a. gegebenen Beschreibungen der Grundzustände ergänzt werden,
2. ist die Frage der Beziehungen zwischen den Zwangsvorstellungen und der manisch-depressiven Anlage zu erörtern,
3. bedarf es einer Abgrenzung einiger Ausläufer der manisch-depressiven Anlage von der Dementia praecox,
4. sind die Beziehungen zwischen den reaktiven Psychoneurosen und den zirkulären Zuständen zu prüfen, schliesslich ist
5. gewisser Zusammenhänge zwischen epileptischen Symptomenkomplexen und der Zykllothymie zu gedenken, und
6. sind die paranoiden Phasen des zirkulären Irreseins zu besprechen.

Mit dem ersten dieser 6 Punkte beschäftigt sich die vorliegende Arbeit.

Es scheint, als ob das den einzelnen Autoren zur Verfügung stehende Material qualitativ und quantitativ sehr verschieden ist, und auch die

Methoden, mit denen man an die Lösung der erwähnten Fragen herantrat, waren teilweise unzureichend.

Es bedarf, um einen wirklichen Ueberblick zu bekommen, eines grossen Materiales, gewonnen durch Untersuchung ganzer Familien. Namentlich die nicht anstaltspflegebedürftigen Familienmitglieder verdienen besondere Berücksichtigung.

Sehr geeignet sind z. B. die orthodox-jüdischen Familien, in denen ich öfters die hier zu besprechenden Zustände fand<sup>1)</sup>. Häufig sah ich sie auch in der rheinischen Landbevölkerung und zwar seltener unter den klinischen Kranken, als in der Privatsprechstunde und Ambulanz, denn viele von den Patienten kommen mit körperlichen Allgemeinbeschwerden zum Arzte und erst eine genauere Analyse zeigt, dass nicht neurasthenische oder hysterische, sondern manisch-depressive Erscheinungen, wenn auch in feinsten Andeutung, den Kern des Krankheitszustandes bilden.

Was die Forschungsmethode anlangt, so muss man sich von dem Fehler, an dem unsere Erblichkeitsforschung lange gekrankt hat, frei halten, nämlich von der allzu hohen Bewertung kurzer Urteile der Angehörigen über den Geisteszustand ihrer Verwandten. Man muss jedes einzelne Familienmitglied selbst untersuchen, einen Lebenslauf von ihm erfragen und dann seine Angaben durch Vernehmung Verwandter und Unbetheiligter ergänzen. Nur so gelingt es, ein wirkliches Bild davon zu erhalten, in welchem Umfange Zeichen der manisch-depressiven Anlage innerhalb einer Familie sich finden.

Besonders wertvoll ist es, wenn man die einzelnen Glieder einer solchen Familie beobachten kann. Man kann dann gerade auch bei den scheinbar Gesunden manches entdecken, was uns lehrt, dass nicht nur die Krankheitsanlage im Groben vererbt wird, sondern dass sogar einzelne Züge sich bei allen Familienmitgliedern wiederfinden.

An die klinische Betrachtung des Einzelnen muss man unter den Gesichtspunkten herantreten, die Kraepelin uns gelehrt hat, nämlich unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das rein manische und rein melancholische Zustandsbild bestimmte Kardinalsymptome, Depression, motorische und sprachliche Hemmung usw. einerseits — Exaltation, Rede- und Bewegungsdrang usw. andererseits aufweist, dass diese Symptome koordiniert sind und dass Zeichen der einen Gruppe sich im Einzelfalle mit solchen der anderen so weitgehend vermischen können, dass nur eine genaue Analyse, verbunden mit der Betrachtung des Ge-

---

1) Weil dort viel Verwandtenehen geschlossen werden, die manisch-depressive Anlage im übrigen dort besonders häufig vorkommt.

samtverlaufes die Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Anlage erkennen lässt.

### 1. Die manisch-depressive Anlage.

Allgemeine Hinweise darauf, dass das manisch-depressive Irresein einer angeborenen Anlage entspringt, finden sich in der Literatur schon sehr früh. Falret und Morel haben einige hierauf bezügliche Ausführungen gemacht. In Magnan's Forschungen über die Folie des héréditaires Dégénérés sind zahlreiche klinische Tatsachen enthalten, welche in diesem Sinne zu verwerten sind, und je mehr wir uns der Gegenwart nähern, desto häufiger begegnet uns die Erkenntnis, dass die später Manisch-depressiven schon von Jugend auf krankhafte Abweichungen von der Norm bieten. (Rybakoff, Hecker, Weygandt, Dubois, Hartenberg u. a.).

Thalbitzer hat aber Recht, wenn er sagt, dass nur einzelne Autoren die Gleichartigkeit der Symptome, welche die degenerative Anlage bilden, mit denjenigen des voll entwickelten Krankheitsbildes klar erkannt hatten.

In exakter Weise nahm Reiss für die konstitutionelle Verstimmung das Problem in Angriff. Er wies an der Hand zahlreicher Krankheitsgeschichten nach, dass sie ein Vorläufer des manisch-depressiven Irreseins ist. Specht, Siefert, Nietzsche u. a. zeigten, dass es chronisch-manische und melancholische Zustände gibt.

Die ausführlichsten Darstellungen der in Betracht kommenden Zustände verdanken wir Kraepelin, Wilmanns, Birnbaum und Stranski. Alle diese Forscher stimmen in der Beschreibung der depressiven und manischen Anlage überein, auch auf das Vorkommen der zylothymen Veranlagung wird von ihnen hingewiesen und der reizbaren Persönlichkeiten gedacht. Verhältnismässig kurz werden die Mischzustände berührt, obwohl auch die, wenigstens bei unserem Krankenmaterial, ein ziemlich grosses Kontingent aller vorkommenden Spielarten bilden.

In Ergänzung dieser Darstellungen wollen die nachstehenden Ausführungen eine mit Lebensläufen belegte Beschreibung derjenigen Modifikationen der manisch-depressiven Anlage geben, die uns im Laufe der letzten Jahre begegnet sind.

#### a) Die konstitutionelle Erregung.

Die Frage, ob es überhaupt eine reine, lediglich aus manischen Symptomen zusammengesetzte Charakteranlage gibt, ist von verschiedenen Forschern bestritten worden, obwohl uns Hoche, Siefert, Specht, Nitsche, Rehm, Ritterhaus u. a. mit solchen Fällen bekannt gemacht haben.

Richtig ist, dass es verhältnismässig wenig Beobachtungen gibt, die ganz frei von gröberen depressiven Beimischungen sind. Dass solche Persönlichkeiten aber jahrzehntelang ungefähr das gleiche Bild bieten können, hoffe ich sogleich beweisen zu können.

Ehe ich über meine Beobachtungen selbst berichte, ist noch eine Vorbemerkung zu machen.

Es war oben davon die Rede, man müsse davon ausgehen, dass die vorhandenen manischen und depressiven Symptome koordiniert seien. Zum vollen Verständnis der tatsächlichen Verhältnisse ist aber noch ein Weiteres hinzuzufügen. Es entstehen verschieden aussehende Typen der gleichen Spezies (z. B. der manischen Anlage) dadurch, dass zwar die wichtigsten Symptome der Manie andeutungsweise im Charakterbild vertreten sind, aber in ungleicher Stärke. Wie in einer schweren Manie die Einzelkomponenten des Zustandsbildes in ihrer Gradentwicklung nicht in gleicher Stärke zur Ausprägung zu kommen brauchen (Stransky), so braucht das auch bei der manischen Anlage nicht der Fall zu sein. Es können einzelne Symptome dominieren andere nur angedeutet sein, und dadurch kommen Persönlichkeiten zustande, die — wenigstens auf den ersten Blick — grundverschieden zu sein scheinen, während sie in Wirklichkeit alle der manischen Anlage zuzurechnen sind.

Was ich meine, werden einige Krankheitsgeschichten am besten illustrieren.

#### Die Selbstbewusst-reizbaren.

Familie C. (2 $\frac{1}{2}$  Jahr persönlich beobachtet. Aus der Zeit vorher liegen ärztliche Atteste, Briefe und persönliche Mitteilungen von fünf Verwandten, darunter der Mutter, vor).

Vater, ehemaliger Offizier, schwankte in den letzten zwanzig Jahren seines Lebens fast ständig zwischen ausgeprägteren melancholischen und leichteren manischen Zuständen hin und her. Während der Depressionen sehr menschenscheu. In den hypomanischen Zeiten sehr erotisch und reizbar. Auch in den kurzen freien Zeiten und während der Melancholien tyrannisch gegen die Umgebung. In der Familie der Mutter wurden zylothyme (z. B. regelmässige menstruelle Verstimmungen bei einer Nichte) und andere degenerative Zustände (Morphinismus auf endogener Basis) beobachtet.

C., jetzt 32 Jahre alt, ist zweiter Sohn des eben Beschriebenen. Er kam als Kind mit den Hauslehrern nicht aus, wechselte mehrfach die Schule. Bei guter Intelligenz verspätet das Einjährige erreicht, weil er für Schulwissen nicht zu interessieren war und jede ernste Arbeit verabscheute. Ausserdem fühlte er sich von Jugend auf seiner Umgebung überlegen, kritisierte seine Lehrer scharf und behandelte die meisten Menschen sehr von oben herab. Seine eigenen Fähigkeiten und Leistungen schätzte er schon sehr früh ausserordentlich hoch ein.

Nachdem er das Einjährigexamen bestanden hatte, erhielt er das Geld zu einer Reise nach Süddeutschland. Er reiste ab, liess dann einige Zeit nichts von sich hören und schrieb schliesslich aus Venedig. Von dort ging er, wieder gegen den Willen der Eltern, nach Montecarlo, wo er mit Glück spielte. Mit dem gewonnenen Gelde reiste er 14 Tage weiter, dann kehrte er ohne nennenswerte Baarmittel zurück. Für die Vorwürfe, die ihm gemacht wurden, zeigte er sich einsichtslos.

Er sollte Landwirt werden, um später ein eigenes Gut zu bewirtschaften. Hatte in drei Jahren 3 Lehrstellen. Die beiden ersten verliess er wegen Differenzen mit den Gutsleuten. Auch auf der dritten blieb er nur kurze Zeit. Die Lehrjahre waren häufig durch Reisen unterbrochen.

Nach Beendigung der Lehrzeit landwirtschaftliche Hochschule. Besuchte nur zwei Tage lang die Kollegien, dann ging er nicht mehr hin, schimpfte auf die akad. Lehrer. Ritt während des Semesters ein wertvolles Pferd, das er von der Mutter geschenkt bekommen hatte, zuschanden. Fiel auch in der Oeffentlichkeit durch allerlei Extravaganzen auf. So ritt er z. B. ohne Hut, nur mit Hemd, Hose und Stiefel bekleidet, in den belebtesten Strassen der Stadt spazieren. Einmal ritt er eine ziemlich hohe, nur für Fussgänger bestimmte Treppe herauf. Auch in Gesellschaft fiel er durch die Art seines Auftretens, namentlich durch anmassendes Benehmen und Erzählung pseudologischer Geschichten auf.

Einmal erschien er uneingeladen auf einer Hoffestlichkeit in blauer Jacke und weissen Hosen.

Nach etwa dreimonatigem Studium ging er „zu weiterer Information in landwirtschaftlichen Fragen“ nach Argentinien. Dort beabsichtigte er auch, auf einer Farm Stellung anzunehmen, um weiter zu lernen. In Argentinien angekommen, rüstete er statt dessen eine Expedition aus, mit der er über die Kordilleren bis nach Valparaiso herunterritt. Angebotene Stellungen lehnte er ab. Die Farmen sah er sich in 1—2 tägigen Aufenthalten nur sehr oberflächlich an. Als grösstes Erlebnis dieser mühevollen und kostspieligen Reise beschrieb er einen Sektabend auf einer einsamen Farm mit einigen Pferdehütern.

Wie nachher bekannt wurde, ist er in Südamerika als Vertreter einer weltbekannten deutschen Firma aufgetreten. Er hat überall erzählt, er habe den Auftrag, für 5 Millionen Ländereien zu kaufen.

In dieser Zeit nun trat er in seinen Briefen an die Eltern mit mehreren abenteuerlichen Projekten hervor. So verlangte er einmal hohe Geldbeträge, weil er sich an der Ausbeutung grosser Erzfelder beteiligen wollte. Dann wollte er eine Schiffsgesellschaft gründen, deren Schiffe die Strecke Deutschland-Südamerika um drei Tage rascher zurücklegten, als die Dampfer des Norddeutschen Lloyd. Einmal hatte er in einer Bar gehört, es sollte in einer noch nicht erschlossenen Gegend eine Bahn gebaut werden. Sofort wollte er grosse Ländereien, die an der angeblich projektierten Strecke lagen, aufkaufen, ohne irgendwelche ernstlichen Informationen eingeholt zu haben.

Nachdem er nach Europa zurückgekehrt war, reiste er hier eine Zeitlang umher, ritt in England Jagden, lernte in Frankreich fliegen, ging auch mehr-

fach nach Oesterreich-Ungarn, Rumänien und Norwegen. Schliesslich — etwa 1913 — siedelte er für einige Zeit nach Nordamerika über. Hier trat er wieder als Grandseigneur auf, brauchte mehr, als er hatte, musste in den Luxushotels, in denen er abstieg, mehrfach beim Personal Anleihen machen. Eines Tages teilte er den Angehörigen mit, er sei im Begriff, eine vorzügliche Stelle in Canada anzutreten. Bald ergab sich, dass es sich um einen Posten als Grenzschutzmann handelte.

Die Reise nach Canada endete damit, dass er von der Familie ausgelöst und nach Europa zurückgeholt werden musste. Man brachte ihn nun in eine Privatanstalt, wo er beobachtet werden sollte. (Dortige Diagnose Psychopathie.)

Die ihm gewährte freie Bewegung missbrauchte er zu Trinkgelagen, fügte sich in die Hausordnung nicht ein, und zeigte sich bei Vorhaltungen völlig uneinsichtig. Nach einer erregten Unterredung mit dem Anstaltsleiter entfernte er sich.

Er übernahm dann in einer Fabrik für Flugzeugmotoren, in der Offiziere mit den Bestandteilen des Motors bekannt gemacht wurden, die Stelle des Erklärers und versah diesen Posten (unentgeltlich) etwa 8 Monate lang. Während dieser Zeit verfasste er, um der Familie seine überragenden Fähigkeiten darzutun, eine Abhandlung über das Flugzeugwesen. Als dieselbe einem Fachmann vorgelegt wurde, erklärte der, es handle sich um fast wörtliche Abschriften aus Werken bekannter Aviatiker.

Die acht Monate in der Motorenfabrik sind wohl die ruhigsten in seinem Leben überhaupt. Nach dem Austritt aus der Fabrik nahm die Unruhe und Unstetheit wieder zu. Zu Beginn des Feldzuges tat er bei einer Fliegerabteilung Dienst, verlangte dort ernstlich, gleich als Offizier angestellt zu werden, kündigte seinen Vertrag sofort, als seinem Wunsche nicht entsprochen wurde. Die Truppe war froh, als sie ihn los war.

Während des ganzen Krieges reiste er unstet, teils in Deutschland, teils in verbündeten Ländern und der Schweiz umher, stellte sich dem roten Kreuz, dem Spionageabwehrdienst und der Diplomatie zu Verfügung, ohne dass man ihn gebrauchen konnte. Fast ständig erwog er irgendwelche phantastischen Projekte, suchte von den nächsten Angehörigen möglichst viel Geld zu erlangen, kam mit dem, was er erhielt, nie aus. Er ist während der letzten vier Jahre wohl nie länger, als 4—6 Wochen an einem Ort gewesen.

Vor etwa einem Jahre heiratete er. Während der ersten 4—5 Monate seiner Ehe scheint er etwas ruhiger gewesen zu sein, dann nahm die Unstetheit wieder zu.

Ich selbst habe ihn im Jahre 1916 kennen gelernt, seitdem mehrfach wieder gesehen.

Die wesentlichsten Eigenschaften, welche bei den persönlichen Untersuchungen hervortraten, waren eine zeitweise geradezu ungeheuerliche Selbstüberschätzung, grosse Ruhelosigkeit, Neigung zum Pläneschmieden, meist gehobene, nicht selten gereizte Stimmung und sprunghaftes Denken.

Diese Symptome erfuhren mehrfach für einige Wochen eine Verstärkung und waren dann mit ausgesprochener Ideenflucht verbunden, so dass der Kranke



das Bild einer leichten Manie bot. Depressionen sind nicht beobachtet worden. Wohl aber zweimal mehrmonatige Zeiten, in denen der Pat. etwas sesshafter und ruhiger war.

Die dauernd gehobene Stimmung, zeigte sich z. B. in der Art, wie er von dem Tode seines Vaters sprach, oder wenn von der geistigen Störung seines Bruders die Rede war. Ueber beides äusserte er sich in scherzhaften Redewendungen.

Wenn seine Wünsche nicht bedingungslos erfüllt wurden, dann wurde er gereizt und erregt, schimpfte laut auf seine Verwandten, ohne Rücksicht darauf, dass die Verhandlungen mit ihm z. T. in ersten Hotels stattfanden. Er weinte dazwischen auch einmal aus Wut, um kurz darauf über einen Scherz herzlich zu lachen.

Seine Selbstüberschätzung ist durch Beispiele oben bereits ausreichend belegt. Er steht auf dem Standpunkt, dass er alles, auch ohne Lehrzeit gleich versteht. An ihn dürfe man nicht den Massstab für Durchschnittsmenschen legen. Es sei unanständig, für Geld zu arbeiten. Er allein sei Kavalier, die anderen Menschen, namentlich seine Verwandten, seien alle „Piefkes.“ Deshalb müssten die Angehörigen auch unbegrenzte Mittel zur Verfügung stellen. (Die Familie gehört zu den reichsten Deutschlands.) Was Focker mit seinen Eideckern jetzt in die Wirklichkeit umgesetzt habe, habe er schon vor Jahren gepredigt. Blériot habe ihm schon gesagt, dass er zu den Menschen gehöre, die nicht auf dem regulären Wege zu lernen brauchten. Deshalb könne er (C) auch nicht anerkennen, dass gewöhnliche Menschen das Recht hätten, über ihn zu urteilen. Er hätte längst eine hervorragende Stelle, wenn seine Angehörigen ihm nicht hinderlich gewesen wären usw.

Dass C. in unsteter überhasteter Weise von einem Ort zum andern zog, ist oben bereits beschrieben. Auch sonst im Leben suchte er jeden Gedanken, der ihm durch den Kopf ging, in die Tat umzusetzen. So kam es, dass er in den letzten Jahren Holzhändler, Flieger, Diplomat, Kavalierspion, Landwirt, Offizier und noch verschiedenes andere werden wollte, mehrfach zweifelhaften Existenzen in die Hände fiel und auch stark ausgebeutet wurde.

Sein Denken zeigte, namentlich zu Zeiten deutlicherer Erregung deutliche Ideenflucht. Er kam vom Hundertsten ins Tausendste. Hatte er z. B. in einer bestimmten Absicht einen Besuch gemacht, so kam es vor, dass er unverrichteter Sache wieder fortging, weil er schon beim Eintritt in das Zimmer von der Hauptsache abgelenkt wurde.

Dass er in Gesellschaft sehr viel sprach, lebhaft gestikulierte und überall, wohin er kam, aufzufallen suchte, ist oben bereits angedeutet.

Von der Umgebung wurde er zunächst immer als ein heiterer, wenn auch etwas oberflächlicher Mensch angesehen, bis er sich nach einigen Tagen oder Wochen durch seine Selbstüberschätzung und Geschwätzigkeit unmöglich machte.

In sexueller Beziehung solle er nach den Angaben verschiedener Bekannter wüst gelebt haben.

Angesichts des eben beschriebenen Lebenslaufes sind verschiedene Fragen aufzuwerfen. Zunächst die eine, ob überhaupt eine manische Anlage vorliegt.

Die Antwort hierauf ist leicht. Sie muss wohl restlos bejahend lauten. Wir können bei dem jetzt 32jährigen Msnne alle wesentlichen Symptome der Manie nachweisen. Die Stimmung ist gehoben, oft gereizt. Es besteht eine beträchtliche Ueberschätzung der eigenen Persönlichkeit. Der Kranke ist eitel, selbstgefällig, hält sich für klüger und leistungsfähiger, als andere Menschen. Es besteht Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit, das Interesse eilt von einem Gegenstande zum anderen. Unstet reist der Kranke umher, findet nirgends Ruhe, macht ständig neue Projekte, ohne auch nur eines zu Ende zu bringen. Sein Denken ist oberflächlich und sprunghaft. Erlebtes und Gelesenes gibt er ungenau wieder.

Mit anderen Worten: Es besteht Hyperthymie, Rede- und Bewegungsdrang, Selbstüberschätzung, Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit, Ungenauigkeit der Reproduktion, kurz, wir finden in mehr oder minder ausgeprägten Andeutungen lauter Symptome, wie sie die reine Manie darbietet.

Trotz eifrigen Nachforschens — der Patient hat schon seit Jahren die Psychiater beschäftigt; ich selbst verfolge ihn mehr als 2 Jahre — habe ich eigentliche Depressionen nicht nachweisen können. Wohl hatte er zweimal mehrmonatige Phasen, wo er weniger lebhaft war, als vorher und nachher. Es handelte sich aber auch da nicht um Depressionen, sondern nur um ein Abblassen der manischen Krankheitszeichen, die nie ganz fehlten.

Häufiger beobachtet wurden Steigerungen der manischen Anlage bis zur ausgesprochenen Manie.

Diejenigen Symptome, welche der Persönlichkeit ihre Besonderheit verliehen, waren die Selbstüberschätzung und die Empfindlichkeit und Reizbarkeit, sowie die Neigung, die Umgebung zu tyrannisieren. Es ist nun ausserordentlich interessant, dass an der Hand von Briefen und den Mitteilungen der Angehörigen festgestellt werden konnte, dass gerade diese Eigenschaften auch seinen zirkulären Vater ausgezeichnet haben, und diesen selbst zur Zeit der Depressionen nie ganz verliessen. Und es verdient weiter hier erwähnt zu werden, dass auch ein jetzt etwa achtjähriger Neffe (Sohn einer Schwester) des C., den ich gleichfalls einige Tage beobachten konnte, die nämlichen Eigenschaften zeigt und deswegen den Eltern schon viel Schwierigkeiten bereitet hat.

Bei C. selbst sind die manischen Symptome nicht etwa erst allmählich oder im Beginn der Pubertät hervorgetreten, sondern sie waren

vorhanden, solange die Mutter denken kann. Das ist durch Mitteilung zahlreicher Einzelzüge ausreichend begründet worden. (Vergl. den Lebenslauf.)

Es handelt sich also bei C. nicht um eine Manie, die eines Tages einsetzte<sup>1)</sup> und dann, abgesehen von den erwähnten Schwankungen chronisch wurde, sondern um eine von Jugend auf bestehende Charakteranlage, die sich aus manischen Zügen zusammensetzt.

Gerade die letzterwähnte Tatsache möchte ich im Hinblick auf die Ausführungen einzelner Autoren besonders unterstreichen, welche annehmen, dass die in der Kindheit Zirkulärer vorkommenden psychischen Abweichungen nicht spezifischer Natur sind.

Interessant ist, dass der Patient von zwei namhaften Psychiatern als ein schlecht erzogener Psychopath angesehen wurde. Es wurden infolgedessen mehrfach Erziehungs- und Beschäftigungsversuche unternommen, die aber missglückten und die völlige Unbeeinflussbarkeit des C. zeigten, ein Umstand, der wohl auch dafür spricht, dass hier eine besondere Form der Psychopathie vorliegt<sup>2)</sup>.

#### Die rein Euphorischen.

Diesem menschlich unsympathischen, sozial gefährlichen und für die Allgemeinheit wenig wertvollen Typus der manischen Anlage steht ein anderer gegenüber, dessen Selbstbewusstsein weniger stark ausgeprägt ist, dessen Tätigkeitsdrang die Unstetheit fast ganz vermissen lässt und wirkliche Werte schafft, bei dem schliesslich die Reizbarkeit und das ablehnende Verhalten gegenüber anderen Menschen fehlt und durch Menschenliebe, Hilfsbereitschaft und Aufopferungsfähigkeit ersetzt ist. Dass trotzdem klinisch eine manische Anlage vorliegt, wird aus dem Lebenslaufe deutlich hervorgehen.

Familie A. (etwa 18 Jahre selbst beobachtet).

Grossvater Einsiedler. Sehr musikalisch. Soll periodenweise getrunken haben.

Eine Schwester des Vaters beging Selbstmord aus unbekannter Ursache.

Ein Bruder des Vaters bedeutender Künstler, der Ende der Zwanziger zügellos lebte (z. B. in einem Jahr drei uneheliche Kinder hatte), viel trank, allmählich in seinen Leistungen erheblich zurückging. Er starb mit 48 Jahren

1) v. Brero und Lackmann haben 12- und 13jährige Manisch-Depressive beschrieben.

2) Hinzugefügt sei, dass von einem dritten Psychiater die Diagnose „manische Anlage“ auch gestellt worden ist.

an Magenkrebs. Hat die letzten Jahre seines Lebens gedrückt und ganz zurückgezogen unter ärmlichen Verhältnissen vegetiert.

Anderer Bruder des Vaters menschenscheu, entschlosslos. Konnte trotz guter Berufskenntnisse nie dazu gebracht werden, sein Heimatstädtchen zu verlassen. Heiratete unter seinem Stand. Eine Tochter desselben soll manisch sein.

Der Vater des A. hat sich aus relativ kleinen Verhältnissen heraufgearbeitet. War immer von morgens bis abends tätig. Hatte periodische Stimmungsschwankungen, sowohl ganz leichte Depressionen (mit Menschenscheu), wie Hyperthymien. Schmiedete viel Pläne, von denen nur ein Teil zur Ausführung kam. Sehr musikalisch. Hat vielen Menschen im stillen Wohltaten erwiesen. Besitzt ein für seine Verhältnisse ansehnliches Vermögen. Im Alter hypochondrische Klagen.

A. (jetzt 40 Jahre alt). Mit 4 Jahren Scharlach, dabei deliröser Zustand. Frühzeitiges Erwachen des Geschlechtstriebes mit 6 Jahren. In der Schule ungleiche Leistungen mit Ueberwiegen der guten. Mit etwa 10 Jahren leichte 14tägige Erregung. Während derselben machte er mehrere Gedichte, die sehr gut beurteilt wurden. Mit 16 Jahren wieder leichte Erregung, bei der er z. B. dadurch auffiel, dass er einen Schulaufsatz in Versen machte. Ein halbes Jahr später absolute Unzulänglichkeit der Leistungen, deshalb nicht versetzt. Besteht trotzdem das Abiturientenexamen mit 17 $\frac{1}{2}$  Jahren.

Schon beim Schuleintritt „gelegentlich“ innere Unsicherheit und unbegründete Angst vor dem Lehrer. Später in den „besten“ Zeiten Gefühl absoluten Wohlbefindens und innere Sicherheit mit „rauschartigem Schaffensdrang“, wo „alles gelang“. Dazwischen vereinzelt Zeiten von innerer Hemmung, während deren er sich mit der Erledigung einfacher Dinge „abquälte“, das Vielfache der Zeit brauchte, die er sonst dazu nötig hatte, und oft sogar nicht einmal den Entschluss fassen konnte, an eine Sache heranzugehen. Dann auch menschenscheu, still, mitunter sogar misstrauisch.

Während der Studienzeit (Mediziner) sehr unregelmässiger Kollegbesuch. Reichlicher Alkoholgenuss. „Quartalsarbeiter“ (Hoch). Wenn er arbeitete, geschah es meist mit gutem Erfolg. Staatsexamen rechtzeitig bestanden.

Die ersten Assistentenjahre stellten eine Fortsetzung der Studienzeit dar, dann ruhiger, arbeitsamer. Jetzt beamteter Arzt.

Während mehrjähriger Beobachtungszeit wurde festgestellt, dass körperlich keine besonderen Krankheiten bestanden.

Psychisch war A. meist heiterer Stimmung, energisch, im allgemeinen ein guter Organisator in seiner amtlichen Tätigkeit.

Seine Leistungsfähigkeit war keine ganz gleichmässige. Wenn er auch die wichtigsten dienstlichen Obliegenheiten im allgemeinen regelmässig erledigte, so gab es Zeiten, in denen das langsamer geschah und dem Patienten mehr Mühe machte. Dabei auch leichte Depression. Zu anderen Zeiten arbeitete er alles Liegendebliebene auf einmal auf. Meist geschah das sachgemäss. Es kamen aber auch kurzdauernde Phasen vor, in denen die Arbeit flüchtig und ungenau war und zwar sehr vieles erledigt wurde, aber schlecht. In diesen

Zeiten bestand auch Neigung zu obszönen Reden und gesellschaftlichen Verstössen, eine gewisse Unruhe und schlechter Schlaf. Dabei etwas gesteigertes Selbstbewusstsein. Zusammenstösse mit anderen Personen in und ausser Dienst sind sehr selten, obwohl er Widerspruch nicht gut verträgt.

Allgemein gilt A. als heiterer, witziger, sehr gutmütiger, stets hilfsbereiter Optimist, der im stillen auch viel wohl tut und auf seine Kranken einen guten Einfluss ausübt. Dass er zeitweise innere Hemmungen zu überwinden hat, merkt ihm nur seine nächste Umgebung an. Er ist dialektisch gewandt, seine Ausführungen vor Gericht und bei ähnlichen Gelegenheiten sind nur zu den Zeiten, in denen er sich entweder in der Exaltation oder in der Hemmung befindet, nicht klar. Er ist vom Morgen bis zum Abend beschäftigt, liest viel wissenschaftliche und belletristische Literatur, musiziert, betätigt sich gesellschaftlich gern und ist freigebig, ohne über seine Verhältnisse zu leben. Manche von den Plänen, die er geschmiedet hat, liessen sich nicht verwirklichen, im allgemeinen ist es bei A. aber doch so, dass er auf frühere Pläne zu gegebener Zeit zurückkommt und sie dann zu fördern sucht.

A. ist auch literarisch tätig. Seine Produktionen werden grösstenteils günstig beurteilt. In einigen von ihnen, die er „im Schaffensrausch“ vollendete, ist eine gewisse Flüchtigkeit nicht zu verkennen. Schliesslich ist zur Vervollständigung des Krankheitsbildes noch zu erwähnen, dass der Patient auch einzelne leichte Zwangsvorstellungen hat.

Wenn er sich vor dem Verlassen des Zimmers eine Zigarre anzündet und dann fortgeht, muss er zurückkehren, um festzustellen, ob das Zündholz gut gelöscht ist. Den richtigen Verschluss der Haustür, das Einstecken eines Briefes in den Briefkasten und ähnliches muss er zwangsmässig nachprüfen (Kontrollierzwang).

Wie man auf den ersten Blick erkennen kann, ist der eben geschilderte kein ganz reiner Fall von manischer Anlage, weil sich mehrere leichte Depressionen zwischen die manischen Symptomenkomplexe eingeschoben haben und ausserdem neben den manischen auch noch einzelne depressive Erscheinungen, wie zeitweilige innere Unsicherheit, bestehen. Dazu kommen die Zwangsvorstellungen.

Dass dieser im übrigen sehr viel mildere Fall, als der zuerst beschriebene, überhaupt in das hier erörterte Kapitel hineingehört, ergibt sich aus der gleichartigen Belastung, dem Vorhandensein von gehobener Stimmung, dem Betätigungsdrang, dem Pläneschmieden, der zu gewissen Zeiten bestehenden Erleichterung des Denkprozesses und den Schwankungen im Befinden des Patienten, die recht charakteristisch sind. Dass diese Schwankungen endogener Natur sind, durch äussere Ursachen nicht ausgelöst wurden, sei ausdrücklich betont. Der Kranke selbst hebt ihre Unabhängigkeit vom Milieu besonders hervor. Dafür spricht im übrigen auch die gleichartige symptomatologische Zusammensetzung der einzelnen Phasen, d. h. der Umstand, dass in den Depressionen immer wieder die

bekannten depressiven, in den Exaltationen die manischen Symptomenkomplexe auftreten.

Wenn ich diesen Fall dem erstbeschriebenen gegenüberstelle, so geschieht das aus verschiedenen Gründen. Einmal ist bei ihm die Reizbarkeit nur angedeutet, statt dessen treten altruistische Gefühle stark hervor. Zweitens ist der Denkprozess nicht so stark gestört, wie bei C., ein Umstand, der bewirkt, dass A. nicht nur sozial brauchbar ist, sondern sogar den Durchschnitt überragt.

Wir haben also hier einen direkt wertvollen Typ der manischen Anlage, wie er uns übrigens in Gelehrten- und Künstlerkreisen nicht selten begegnet.

Ein weiterer Grund, der mich veranlasste, den Fall A. zu beschreiben, war folgender:

Wir haben hier einen psychiatrisch vorgebildeten Arzt, der gerade auch über die Aenderungen, die sein Denken in den einzelnen Phasen erleidet, gut Auskunft geben kann. Ich habe deshalb mit ihm über die Frage der Ideenflucht ausführlich gesprochen. Was er dabei angab, scheint mir geeignet, manche strittigen Fragen zu klären.

Der Fall A. gibt mir somit Veranlassung, auf das Problem der Ideenflucht näher einzugehen.

Wer die Literatur der letzten 20 Jahre über die Ideenflucht verfolgt, der weiss, dass nicht so sehr die Bestimmung des Begriffes selbst Gegenstand der Kontroverse ist, als vielmehr das Problem: Wie entsteht die Ideenflucht?

Man hat die Antwort auf verschiedenen Wegen gesucht. Aschaffenburg, Isserlin u. a. haben experimentell-psychologische Methoden herangezogen. Auf psychologische Ueberlegungen hat Liepmann eine Lösung gestützt, während Heilbronner, Kraepelin, Stranski u. a. ihren Schlussfolgerungen rein klinische Erwägungen zu Grunde legten.

Aschaffenburg (1904) sagt: Die Ideenflucht ist eine Teilerscheinung der allgemeinen Erleichterung der psychomotorischen Vorgänge. Sie ist vor allem eine Störung des begrifflichen Denkens. Der Gesunde wird in seinen Vorstellungen durch deren Inhalt bestimmt; alles, was an Nebeneindrücken auftaucht, wird unterdrückt. Der Manische dagegen verliert sich in Abschweifungen, weil ihn die Zufälligkeit einer lockeren Gedankenverbindung, einer sprachlichen Reminiszenz oder einer Klangähnlichkeit ebenso leicht zur Assoziation führt, wie die Zielvorstellung.

Zu dieser Ansicht ist A. auf Grund von Assoziationsexperimenten gekommen, die er an Manischen und Gesunden angestellt hatte.

„Zwingen wir den Normalen“, so sagt er an einer Stelle, „jede Vorstellung wahllos niederzuschreiben oder auszusprechen, wie bei unseren Versuchen mit der fortlaufenden Methode, so gleicht das Ergebnis der Rede des Hypomanischen aufs genaueste“. Diese Ähnlichkeit berechtigt zu der Annahme, dass die wahllose Umsetzung des Denkens in die Sprache bei dem Zustandekommen der Ideenflucht von der grössten Bedeutung ist“.

In einem vier Jahre später gehaltenen Vortrage modifizierte A. seine Ansicht dann insofern, als er der Ablenkbarkeit mehr Wert beimaass. Er fasste sich dahin zusammen, dass Zusammentreffen von psychomotorischer Erregung und erhöhter Ablenkbarkeit das Symptom der Ideenflucht hervorbrächte<sup>1)</sup>.

Ausser Aschaffenburg hat sich Liepmann eingehend mit der Frage der Ideenflucht beschäftigt. Er geht von einer Analyse des geordneten Denkens aus und sagt:

Beim geordneten Denken entsteht ein System von Vorstellungen verschiedener Wertigkeit (S. 81). Eine Anzahl aufeinander folgender Einzelglieder wird durch den Inhalt einer vorausgegangenen Vorstellung verknüpft. Diese letztere nennt er Obervorstellung. Mehrere Obervorstellungen können durch eine weitere Obervorstellung noch höheren Grades verbunden sein usw.

Bei der Ideenflucht nun ist die Wirksamkeit der Obervorstellungen exzessiv abgeschwächt oder ganz aufgehoben.

Das, was nach L. die höhere Wertigkeit einer Vorstellung bedingt und sie zur Obervorstellung macht, ist die Aufmerksamkeit.

„Sowohl die Ablenkbarkeit durch Sinneseindrücke, welche der Ideenflüchtige zeigt, wie das fortwährende Erliegen unter den Anreiz des gewohnheitsmässig Verknüpften und Aehnlichen haben ihre gemeinsame Wurzel in einer schweren Störung der Aufmerksamkeit, nämlich dem höchsten Grade von Unbeständigkeit derselben, bei grosser Energie derselben“. In der Ideenflucht reisst jedes assoziativ oder sensugen Geweckte die Aufmerksamkeit an sich.

Auch Heilbronner hat sich — von klinischen Gesichtspunkten ausgehend — gegen die ursprüngliche Ansicht Aschaffenburg's ausgesprochen, dass die Idee flucht Teilerscheinung einer allgemein psychomotorischen Erregung sei. Er erklärt das Symptom aus der Erleichterung der assoziativen Leistungen. In Anlehnung an Wernicke's Gedankengänge über die überwertigen Vorstellungen meint er, die Erleich-

1) Ähnlich spricht er sich in seinem Handbuch der Psychiatrie aus (s. Allg. Symptomatologie).

terung der assoziativen Leistungen bedinge eine „Nivellierung der Vorstellungen“, weil der die Ueberwertigkeit bestimmter Bahnen bedingende Unterschied der Erregbarkeit aufhöre; dadurch werde naturgemäss der geordnete Zusammenhang des Denkens gestört und es komme zur Ideenflucht (283).

Uebereinstimmung herrscht bei den zitierten und meisten anderen Forschern (z. B. Bumke) darüber, dass die Ideenflucht eine Störung des Denkens ist, bei der die „Leitmotive“<sup>1)</sup> ihre dominierende Rolle verlieren, so dass nebensächliche Vorstellungen, Einfälle und Sinneseindrücke an ihre Stelle treten können.

Strittig sind dagegen folgende Fragen:

1. Besteht überhaupt eine Beschleunigung des Gedankenablaufes und hat dieselbe eine prinzipielle Bedeutung für das Symptom?
2. Sind die Produkte, welche normale Menschen beim Reihensprechen und vor dem Einschlafen vorbringen, wirkliche Ideenflucht?
3. Wodurch kommt die „Nivellierung der Vorstellungen“ (Wernicke, Storch) bei der Manie zu Stande?
4. Ist das, was Liepmann die „Energie der Aufmerksamkeit“ nennt, lediglich eine Funktion der Aufmerksamkeit?
5. Wie ist die Ideenflucht bei Hemmung zu erklären?

Man kann an die Lösung dieser Fragen, wie sich aus der Literatur ergibt, auf verschiedenen Wegen herantreten. Der zuverlässigste, weil natürlichste, scheint mir eine Verbindung von objektiver Beobachtung der Kranken verbunden mit Festlegung der Angaben des Patienten, was und wie er denkt. Ich meine damit, dass man solche Kranke, die genügend psychiatrische und psychologische Erfahrungen haben, über ihre inneren Erlebnisse sprechen lässt und sie veranlasst, sich selbst zu analysieren, ohne sie zu viel zu fragen (denn jede Beeinflussung des Denkens soll möglichst vermieden werden). Notwendig ist dabei weiter, dass man mit dem Kranken nicht nach, sondern während des Zustandes selbst spricht, denn es ist auch einem gebildeten psychologisch geschulten Menschen nicht möglich, zu einer Zeit, wo er depressiv und leicht gehemmt ist, über eine hyperthyme Phase brauchbare Auskunft zu geben.

Einleuchtend ist, dass gerade die leichtesten Fälle zu einer derartigen Materialsammlung am geeignetsten sind. Ich habe deshalb den Fall A. nach dieser Richtung hin genauer untersucht, kann ausserdem hinzufügen, dass ich noch zwei andere Aerzte, darunter einen psychiatrisch gebildeten, in gleicher Weise explorieren und beobachten konnte.

---

1) Dieser aus der Musikwissenschaft entlehnte Begriff umgeht die von Storch gegen Liepmann's „Obervorstellungen“ erhobenen Einwände.



A., dessen Angaben mit denen der anderen Herren übereinstimmten, berichtete folgendes:

„Wenn die Zeit beginnt, wo ich über dem Strich bin, dann empfinde ich zunächst ein vorher in dem Masse nicht vorhandenes Gesundheits- und Kraftgefühl. Mein Selbstvertrauen und meine Selbsteinschätzung erfahren eine Steigerung. Auch in ungewohnten und schwierigen Situationen habe ich das Gefühl absoluter Sicherheit. Ich empfinde das Verlangen zu schaffen und mache mich sofort an irgend eine derjenigen Arbeiten oder wissenschaftlichen Probleme heran, mit denen ich vorher nicht zurecht gekommen war. Jetzt geht es mit der Arbeit besser. Das Denken fällt mir leichter. Bei jedem Problem stellen sich ganze Komplexe von Vorstellungen und neue Gedankenverbindungen ein, so dass ich die Lösung auch schwieriger Fragen „in einer Sitzung“ finde.

Es sind mehr Gedanken, die sich einstellen. Ich entdecke an meiner gewohnten Umgebung manche Dinge, an denen ich vorher achtlos vorüber gegangen bin. Auch neue Ideen, Wünsche und Pläne tauchen auf. Umgekehrt übersehe ich manchmal Wichtiges.

Eine Beschleunigung des Denkens besteht insofern, als ich selbstredend rascher denke, wie in den Zeiten der Hemmung.

Die Gedanken tauchen ohne mein Zutun auf. Sie wechseln mit der Art meiner Tätigkeit; immer entdecke ich aber ein Plus gegenüber der ruhigeren Zeit.

Die Tatsache, dass sich so viele Gedanken einstellen, bereitet mir Freude. Ich empfinde sie nie unangenehm, selbst dann kaum, wenn dieses Denken etwas Zwangsmässiges bekommt und nicht unterdrückt werden kann.

Das Durchdenken einer bestimmten Gedankenreihe gelingt mir in diesem Zustande — namentlich unter Zuhilfenahme der Schrift, die arretierend wirkt — noch gut. Dass aber eine Aufmerksamkeitsstörung schon in diesem leichten Zustande vorhanden ist, geht aus folgenden Tatsachen hervor: 1. besteht bereits eine gewisse Neigung zu Seitensprüngen im Denken, 2. ist die Disposition des Gedachten nicht mehr straff und nicht immer klar. Es können sich unter Anderem auch schon gröbere logische Fehler einschleichen, 3. ich vergesse mitunter die Fragestellung ganz oder teilweise, oder den Punkt, an dem ich den Denkakt unterbrechen muss, wenn ich plötzlich angesprochen und aus meinen Gedanken herausgerissen werde, zum mindesten ist aber 4. die Rückkehr zu dem Punkte, wo ich den Denkakt unterbrechen musste, schwerer, als in ruhigen Zeiten, und mit momentanen Unlustgefühlen verbunden, weil ich mit meinem Denken und Fühlen bei den Dingen bin, derentwegen die Unterbrechung der Arbeit erfolgte.

Vielleicht ist auch noch etwas Weiteres erwähnenswert:

In den ruhigen Zeiten, wo ich Schritt für Schritt „vorwärtsdenke“, bis ich ein Ziel erreicht habe, werden mir neben den Anfangs- und Endgliedern einer Gedankenreihe auch die Mittelglieder voll bewusst, weil jedes von ihnen schrittweise erreicht wird. Schon im Beginn der lebhaften Zeit können Zwischenglieder ganz ausfallen, sie kommen mir wenigstens nicht mehr zum Bewusstsein, so dass zwar ein brauchbares Endglied einer Reihe erreicht wird, das Leitmotiv also seine Herrschaft noch nicht ganz verloren hat, und doch ist nicht mehr in Schritten, sondern in Sprüngen gedacht worden.

In diesem Stadium ist eine eigentliche Ideenflucht noch nicht vorhanden. Dagegen macht sich bereits ein Drang bemerkbar, auch in rein sachlichen Ausführungen Bonmots, Epitheta ornantia u. Aehn<sup>1)</sup> einzuflechten. Nebensächliche Episoden werden mitunter auch schon weiter ausgesponnen, als nötig, kurz es zeigt sich, dass die „Obervorstellungen“ nicht mehr uneingeschränkt dominieren. Es lockert sich die Disposition der Rede.

In dem, was ich „Rausch“ nenne, ist die Zahl der auftauchenden Gedanken erheblich vermehrt. Sehr bald nach Beginn einer Gedankenreihe erfolgt die Ablenkung auf ein Nebengeleise. Die Beschreibung der Nebensächlichkeiten kann denselben Umfang erhalten wie die Hauptsache. Nicht immer wird eine Zielvorstellung erreicht. Das Abweichen vom Ausgangspunkt wird vor allen Dingen nicht immer gemerkt. In die Rede hineingeflochten sind Witze — z. T. solche mit dürftiger Pointe —, Hauptworten werden unnötige Adjektiva beigelegt, die Gesamtdarstellung enthält Uebertreibungen, unberechtigte Verallgemeinerungen, gelegentlich auch direkte Entgleisungen.

Ich bin mir dabei oft wohl bewusst, dass die Witze und Uebertreibungen in ernsthafte Ausführungen nicht hineingehören. Mitunter kommt mir sogar, ehe ich sie ausspreche, blitzartig der Gedanke, es sei besser, dies oder jenes nicht vorzubringen; und doch kommt es heraus! Ich kann es nur ausnahmsweise unterdrücken. Es drängt mich oft geradezu, trotz der flüchtig auftauchenden Gegenvorstellungen eine kleine Bosheit auszusprechen oder direkte gesellschaftliche Ungeschicklichkeiten zu begehen, lediglich wenn dabei ein Witz in die Rede eingeflochten werden kann, der meiner inneren Stimmungslage entspricht, ohne dass ich deshalb einen anderen kränken will.

Auch Augenblickseindrücke und Einfälle werden dem Redestrom eingefügt, oder stellen den Ausgangspunkt neuer Gedankengänge dar,

---

1) Aber keine Reime.

die alle ihre Färbung durch die heitere Stimmung bekommen, welche mich beseelt.

Dabei vermag ich nur einen kleinen Teil dessen, was mir durch den Kopf geht, überhaupt auszusprechen. Die Gedanken fliegen viel schneller, als ich reden kann. Nur so ist es überhaupt möglich, dass, während ich rasch und fliegend spreche, in meinem Innern noch ein „Kampf der Motive“ über Einzelheiten meiner Rede stattfinden kann.

Dazu kommt schliesslich noch Eines.

Während ich in gesunden Tagen alles, was ich zu einer Sache zu sagen weiss, kurz vorbringe und dann schweige, fällt mir das in den als „Rausch“ bezeichneten Zeiten schwer. Ich kann schlecht aufhören. Und wenn ich zufällig unterbrochen werde, dann laufen wenigstens die Gedanken weiter.“

Soweit geht der Bericht des Dr. A. Hinzuzufügen habe ich noch, dass ich bei ihm kaum je Klangassoziationen, Reime oder ähnliches beobachtet habe. Diese treten häufiger wohl erst in den ausgeprägten Fällen von Ideenflucht auf.

Wenden wir uns nun der Beantwortung unserer oben gestellten Fragen zu, so würde zunächst zu erörtern sein, ob eine Beschleunigung des Gedankenablaufes besteht.

Eine solche objektiv im Vergleich zu den Durchschnittswerten Gesunder festzustellen, das halte ich für fast unmöglich.

So dagegen, wie Dr. A. es meint, müssen wir eine Beschleunigung annehmen. Seiner Ansicht nach kann man von einer solchen dann sprechen, wenn die Leistungen zur Zeit des Bestehens der Ideenflucht mit denen ruhigerer oder gar depressiver Phasen verglichen werden.

A. hat von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet subjektiv eine Beschleunigung des Gedankenablaufes empfunden.

Wenn wir hinzunehmen, dass er in den Zeiten der Hyperthymie nur einen kleinen Teil dessen auszusprechen vermag, was er denkt, so findet seine Ansicht eine weitere Stütze.

Auf die Rolle, welche diese Beschleunigung für die Frage der Ideenflucht spielt, wird weiter unten näher einzugehen sein. —

Das wichtigste Problem, welches wir hier zu besprechen haben, ist das der Genese der Ideenflucht.

Uebereinstimmung herrscht jetzt wohl darin, dass der Aufmerksamkeitsstörung dabei eine hervorragende Rolle zukommt. Auch Aschaffenburg hat das in seinem Kölner Vortrage und in seinem Handbuch zugegeben und Bumke hat es erst vor Kurzem in bestimmter Form ausgesprochen und begründet. Ueber diesen Punkt ist also kaum mehr zu diskutieren.

Dagegen muss man meiner Ansicht nach zwei weitere Fragen aufwerfen, nämlich 1. die, durch welche Faktoren wird die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit bestimmt und 2. die, ob das, was als „Energie der Aufmerksamkeit“ bezeichnet worden ist, lediglich eine Funktion der Aufmerksamkeit darstellt.

Liepmann, welcher uns die beiden Eigenschaften der Aufmerksamkeit, die Beständigkeit und Energie gezeigt hat, sagt, die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit bei der Ideenflucht sei daran zu erkennen, dass die einander im Aufmerksamkeitsfelde sich folgenden Vorstellungen nicht durch Obervorstellungen ausgewählt und verbunden sind, sondern dass lediglich die vorhergehende mit der nächsten durch assoziative Verknüpfung in Beziehung steht, oder ein interkurrenter Sinneseindruck sich zusammenhanglos anfügt.

Wodurch wird nun die Bildung von Obervorstellungen bei der Manie beeinträchtigt oder ganz unmöglich gemacht?

Es gibt dafür, wie ich glaube, verschiedene Gründe:

Einmal wirkt die zum mindesten subjektiv als solche empfundene Beschleunigung des Vorstellungsablaufes hindernd.

Sehr früh, d. h. schon in den Anfangsstadien der Ideenflucht, stellt sich auch bereits ein Plus an Gedanken gegenüber den ruhigen Zeiten ein, das gleichfalls der Selektion der Vorstellungen ungünstig ist.

Hinzu kommt weiter, dass der Gesunde wohl imstande ist, willkürlich eine Gedankenreihe abubrechen. Der Ideenflüchtige kann das nicht ohne weiteres. Er muss weiter denken. Er steht manchmal geradezu unter einem Denkwange.

Diese drei Erscheinungen gehören in das Gebiet der psychomotorischen Erregung und Aschaffenburg hat, wie ich glaube, Recht, wenn er in ihnen ein Hindernis für die Bildung von Obervorstellungen erblickt.

Ich bin mir dabei wohl bewusst, dass die drei Erscheinungen in verschiedener Stärke auftreten können. Wir sehen aber doch, dass sie selbst in den Vorstadien der eigentlichen Ideenflucht bereits subjektiv vom Kranken empfunden werden. Und auf das Subjektive kommt es meiner Ansicht nach in erster Linie an.

Wir haben damit den einen Teil der Vorgänge kurz gestreift, die beim Zustandekommen der Ideenflucht sich abspielen. Wir kennen jetzt einige Faktoren, die die Bildung der Obervorstellungen beeinträchtigen. Das ist etwas Negatives. Es ist nun aber bei dem Zustandekommen des Symptoms noch ein positiver Faktor wirksam, den Liepmann unter den Begriff, der Energie der Aufmerksamkeit subsummiert.

Es ist meiner Ansicht nach, wenigstens für die leichteren Fälle nicht richtig, zu sagen, dass die Anknüpfungen und Abschweifungen

des Ideenflüchtigen wahllos erfolgen. Dem Kranken kommt dabei doch eine aktive Rolle zu. Er wählt aus, sowohl aus den Gedanken, die ihm durch den Kopf gehen, wie aus den Erlebnissen in seiner Umgebung.

Er entdeckt an seinem Gegenüber z. B. nicht, dass derselbe gerade gewachsen ist, wie viele Andere, einen Schnurrbart trägt, wie viele Andere und Aehnl. mehr, sondern ihm fällt die Warze auf der Nase, der Fleck im Rock, die Glatze, die schiefen Absätze usw. auf. Und an diese Besonderheiten knüpft er an.

Es sind also nicht die durch die Ausgangsideen oder Zielvorstellungen bedingten Leitmotive, die seinem Denken die Richtung geben, sondern andere Obervorstellungen, die er sich selbst unter dem Einfluss seiner krankhaft veränderten Stimmung bildet.

Dazu kommen nun pathologische Einfälle, d. h. um mit Reich und in Anlehnung an Bonhoeffer und Cl. Neisser zu sprechen, unvermittelt, bzw. nicht bewusst vermittelt, dabei plötzlich auftretende und meist auch plötzlich wieder verschwindende Vorstellungskreise. Sie stellen das intrapsychische Analogon zu den sensugen vermittelten Unterbrechungen der ideenflüchtigen Vorstellungsreihen dar.

Diese Einfälle haben — vielleicht nur infolge ihres Mangels an erkennbaren Beziehungen zu dem übrigen Vorstellungsinhalt und infolge der Plötzlichkeit ihres Auftretens — besondere Anziehungskraft für den Maniakus und infolgedessen flicht er sie, ebenso wie Sinneseindrücke, die für ihn besonders auffallend sind oder seiner Stimmung entsprechen, in seine Reden ein.

Gerade diese Verhältnisse hat Dr. A. uns recht deutlich geschildert. Er muss trotz auftauchender Gegenvorstellungen Bosheiten sagen, in ernste Ausführungen Witze hineinbringen, Taktlosigkeiten begehen, Auffälligkeiten an seinem Gegenüber lächerlich machen usw. Denn diese Dinge sind seine Obervorstellungen.

Man sollte deshalb den ganzen Vorgang besser so beschreiben, dass man sagte, die beim Normalen wirksamen Obervorstellungen, welche ihm das schrittweise Vorwärtsdenken ermöglichen, verlieren an Wertigkeit. Statt ihrer drängen sich andere, der Stimmungslage des Manischen entsprechende Obervorstellungen, Sinneseindrücke und Einfälle vor und leiten das Denken des Kranken auf Nebengeleise.

Wenn diese Erklärung richtig ist, dann wird nur der, der die Begriffe „Unbeständigkeit und Energie der Aufmerksamkeit“ sehr weit fasst, mit ihnen allein den ganzen Vorgang erklären können. Gerade das krankhafte Prinzip, nach dem der Manische seine viel kurzlebigeren Obervorstellungen auswählt, lässt sich weder in dem Begriff der Un-

beständigkeit, noch in dem der Energie der Aufmerksamkeit ganz unterbringen. Noch weniger die pathologischen Einfälle.

Was schliesslich den Inhalt des ideenflüchtigen Denkens im allgemeinen anlangt, so ist auch der nicht in dem Masse von Zufälligkeiten abhängig, wie das manchmal dargestellt wird. Dr. A. hat uns über diesen Punkt gleichfalls wertvolle Mitteilungen gemacht. Wir hören, dass er auch in ruhigen Zeiten manche Redensarten öfters gebraucht, dass er gewöhnt ist, auf bestimmte Eigenheiten bei anderen Personen besonders zu achten, und dass gerade diese in seinen ideenflüchtigen Aeusserungen eine grosse Rolle spielen. Er berichtet uns ferner, dass die Art, in den „Rauschzuständen“<sup>1)</sup> zu reden, nur eine Uebertreibung oder Karrikierung derjenigen der ruhigen Zeiten ist.

Wir sehen also, dass auch das ideenflüchtige Denken innerlich stärker gebunden ist, als man nach manchen Darstellungen annehmen sollte, dass es jedenfalls aber nicht richtig ist, zu behaupten, der Ideenflüchtige schweife wahllos ab. Wenn wir dieser Feststellung bei geeigneten Kranken in Zukunft weiter nachgehen, insbesondere ihre individuellen Eigentümlichkeiten in ruhigen Zeiten genauer studieren, dann werden wir vielleicht auch befriedigende Erklärungen für einzelne Erscheinungen, wie die Klangassoziationen, das Vorbringen längerer Reihen, die rhythmische Gliederung, die Reime und ähnliches mehr finden.

Wir haben oben die weitere Frage aufgeworfen, ob die Produkte, welche normale Menschen beim Reihensprechen und vor dem Einschlafen vorbringen, wirkliche Ideenflucht sind.

Es gibt einzelne Autoren (z. B. Aschaffenburg, Heilbronner), die das meinen. Stransky hat die Erfahrung nicht bestätigen können und Aschaffenburg hat seine abweichenden Ergebnisse durch die Verschiedenheit der Versuchsanordnung zu erklären gesucht, wie ich glaube teilweise mit Recht, aber doch nicht ganz.

Es kommt bei derartigen Versuchen doch auch, um nur einen Punkt hervorzuheben, sehr auf das zugerufene Reizwort an. Man kann bei einzelnen Reizworten Reihen erhalten, die genau so gut von Obervorstellungen beeinflusst sind wie jedes andere normale Denken.

Ich habe z. B. einem jungen Mädchen bei einem Versuch ihren eigenen Namen als Reizwort zugerufen. Sie assoziierte: Stelle, Zukunft, Mutter, Schwester, Geld, Krankheit, Leben, Heirat, unmöglich usw.

In dieser Reihe fehlt auf den ersten Blick die gemeinsame Obervorstellung. Wohl aber können verschiedene Worte zu den folgenden

---

1) Ich brauchewohl nicht besonders zu betonen, dass die Rauschzustände, von denen Dr. A. spricht, mit Alkoholmissbrauch nichts zu tun haben.

in Beziehung gebracht werden (z. B. Stelle-Zukunft, Mutter-Schwester, Krankheit-Leben, Heirat-unmöglich).

Wenn man aber erfährt, dass die Versuchsperson zu jener Zeit Gefahr lief, wegen eines Spitzenkatarrhs ihre Stellung zu verlieren, durch die sie Mutter und Schwester ernährte, dann erkennt man, dass die ganze Reihe von einer Obervorstellung beherrscht wird und nichts Ideenflüchtiges enthält.

Bei einem anderen Versuch mit einer anderen Versuchsperson erhielt ich auf das Reizwort Schimborasso die Antwort: Berg, Baum, Zaun, Pferd, Zaun, Schiene, Engländer, Strassenbahn, Huhn, Sirene.

Diese Mischung sinnloser Worte mit vereinzelt Klangassoziationen stellte sich bei näherer Erklärung auch als durch eine Obervorstellung hervorgerufen heraus. Die Versuchsperson wusste vom Schimborasso nichts weiter, als dass es ein Berg ist. Um eine Reihe herausbringen zu können, fügte sie dem Worte Berg alles an, was sie im Moment durch das Fenster wahrnahm.

Was ich mit diesen Beispielen sagen will, ist folgendes: Auch bei fortlaufenden Assoziationen wird, gleichgültig, ob ein genügender Schatz von Begriffen vorhanden ist oder nicht, von normalen Versuchspersonen unter dem Einfluss von normalen Obervorstellungen assoziiert. Wenn dann einzelne Reihen<sup>1)</sup> den Eindruck des Ideenflüchtigen erwecken oder der Sprachverwirrtheit gleichen, so sind sie deshalb mit diesen beiden Begriffen keineswegs zu identifizieren. Es handelt sich vielmehr nur um äusserliche Aehnlichkeiten, wovon man sich leicht überzeugen kann, wenn es möglich ist, von der Versuchsperson die Entstehung der Reihe zu erfragen.

Ideenflüchtig ist eine Reihe nicht schon dann, wenn jedes folgende Glied nur zu dem vorübergehenden in Beziehung zu stehen scheint, sondern erst dann, wenn gleichzeitig eine die Reihe beherrschende Obervorstellung fehlt. —

Noch weniger, wie beim fortlaufenden Assoziieren, handelt es sich meiner Ansicht nach bei den Vorgängen vor dem Einschlafen um Ideenflucht. Ich habe bei mir selbst, so oft ich darauf geachtet habe, nie ideenflüchtige Reihen beobachtet, wohl aber ein regelloses Auftauchen und Wiederverschwinden von Vorstellungen. —

Wir sind mit den bisherigen Ausführungen kurz auf die Punkte 1, 2, 3 und 4 eingegangen und haben noch einige Bemerkungen über die Ideenflucht bei Hemmung hinzuzufügen.

Kraepelin, Heilbronner u. a. haben sich dahin ausgesprochen,

1) Dass ideenflüchtige Reihen regelmässig entstehen, bestreite ich.

dass es sich dabei nicht um eine Hemmung des Denkens, sondern des Sprechens handelt. Das trifft für einen Teil der Fälle auch sicher zu.

Es gibt aber daneben wohl auch andere, bei denen neben der Hemmung Ablenkbarkeit und die eigenartige, oben näher geschilderte Auswahl der Obervorstellungen nebeneinander bestehen, so dass man dann von ideenflüchtiger Denkhemmung<sup>1)</sup> sprechen kann.

Diese Fälle zeigen meiner Ansicht deutlich, dass man bei dem Begriff der Ideenflucht auf das, was ich oben als den „positiven Faktor“ beschrieben habe, besonderes Gewicht legen muss.

#### Die Verschrobenen.

W., jetzt 62 Jahre alt (geb. 1856). Begabtes Kind, unbeständig und fahrig, zeitweise heftig. Misshandelt die Eltern und Schwestern. Sept. 1890 in eine Anstalt, damals unruhig, exaltiertes Wesen, erhöhte Reizbarkeit, grosse Unzufriedenheit mit allem, Neigung zu Tätlichkeiten, ideenflüchtig, Grössenideen.

Alle diese Erscheinungen verloren mit den Jahren an Schwere, so dass er im Jahre 1899 nach Hause genommen werden konnte. Dort lief er viel und unruhig hin und her, verschenkte und verlegte alles, schimpfte über seinen früheren Aufenthalt, weckte morgens sehr früh die Angehörigen und hielt ihnen lange Reden. Deshalb nach B. in die Anstalt. Seitdem unverändert. Verf. hat ihn im ganzen etwa 12 Jahre beobachtet, teils in der Anstalt selbst, zum Teil auch während mehrmonatiger Beurlaubungen. Das Bild war mit kurzen Unterbrechungen immer das gleiche. Pat. war meist freundlich und heiter, er erging sich in einer häufig mit geschraubten Redensarten durchsetzten Sprechweise. So pflegte er z. B., wenn von seiner Ausbildung die Rede war, regelmässig zu sagen: „Die Zeit kommt nicht wieder, das ist das Schlimme, sonst liessen sich manche Fehler korrigieren. Die ganze propädeutische Grundlage und Philosophie ist in den Sumpf geraten. Das klassische Altertum und die Neuzeit mit ihren Erfindungen (Pat. war Techniker), die sind nur für tieferblickende Geister erschaffen, nicht für Sonntagskinder, die alles von der leichten Seite nehmen. Alles ist fortgeschritten, nur der remanete Magnetismus und die alten Böcke bleiben übrig.“ Er will noch einmal aufs Gymnasium gehen und das Abiturientenexamen machen, um „mit diesem unaufsehbaren Dokument“ sich ein „neues Planetensystem“ zu gründen.

Auf die Frage, wie es ihm gehe, antwortete er häufig: Es gehe ihm „approximativ“ wohl. Andere Ausdrücke, wie „nolens, coblenz“, flocht er oft in seine Rede ein.

Auf der Abteilung entging ihm kein wichtiges Geschehnis. Er untersuchte auch alle Ecken, beobachtete das, was Pfleger und Kranke taten, und machte seine jeweiligen Beobachtungen zum Gegenstand langer Erörterungen, die er mit philosophischen, physikalischen und mathematischen Ausdrücken verbrämte.

---

1) Siehe auch die Arbeit von Pfersdorf.



Auffallend ist dabei, dass er seine Mitmenschen sehr gut beobachtet, an Aerzten, Pflegern, Kranken, seinen Angehörigen, dem Zeitungsinhalt, seinen Erlebnissen auf der Strasse, das Hervorstechendste richtig herausfindet<sup>1)</sup>, nicht selten bewusst kleine Schwächen des einen oder andern ans Licht zieht und in Gegenwart Fremder in seiner mit witzigen und übertriebenen Ausdrücken gespickten Rede geisselt. Auf den ersten Blick erinnerten seine sprachlichen Aeusserungen nicht ganz selten an diejenigen mancher Katatoniker, wenn man sich aber die Mühe nahm, sich die Gedankengänge des Pat. näher erklären zu lassen, dann zeigte sich, dass seine Aeusserungen nicht sinnlos waren, sondern eine teils scherzhafte, teils karrierte Einkleidung von an sich vernünftigen Gedanken darstellten, die auf aktuelle Erlebnisse Bezug nahmen.

Von Katatonikern unterschied er sich auch dadurch, dass er ständig den Drang, sich zu beschäftigen, hatte und auch regelmässig in einer der Werkstätten mitarbeitete.

Für die Art seines Denkens und Handelns seien noch folgende Beispiele hinzugefügt:

Es war ihm immer sehr unangenehm, dass er der Anstaltsordnung entsprechend verhältnismässig früh aufstehen musste. Um grössere Milde in diesem Punkte zu erzwingen, stellte er sich wochen- und monatelang neben die Schlafzimmertüren zweier Assistenzärzte, die auf jener Abteilung wohnten, und schimpfte laut auf das Frühaufstehen, fügte hinzu, dass, wenn er nicht länger schlafen dürfe, die Kerls das auch nicht brauchten. Er erging sich dann so lange in lauten Schimpfreden, bis er seinen Zweck, die beiden Aerzte vorzeitig aus dem Bett zu treiben, erreicht hatte.

Von denjenigen Kranken und Pflegern, welche auf der Abteilung eine Rolle zu spielen suchten oder das grosse Wort führen wollten, pflegte er sich öfters, namentlich wenn Aerzte dabei waren, in ganz übertrieben tiefer Weise zu verbeugen, und fügte dann einige Redensarten hinzu, in denen er die Herrschsucht und Geschwollenheit der Betreffenden persiflierte.

Besonders unangenehm waren ihm frömmelnde Menschen. Es gab auf der Abteilung mehrere Personen, deren äussere Glaubensbetätigung in einem gewissen Missverhältnis zu manchen ihrer Handlungen stand. Für deren Verhalten hatte er stets eine sehr feine Witterung und geisselte das, wenn er irgend etwas Böses entdeckte, erbarmungslos.

Mitunter erweckten seine Reden und sein Handeln ganz den Eindruck eines Klowns. Da er infolgedessen öfters von anderen Kranken geneckt wurde, kam er gelegentlich mit ihnen in Zwistigkeiten, bei denen er schimpfte, hie und da auch einmal tätlich wurde, häufiger aber in witziger, recht geschickter Weise seine Gegner abführte.

Von Zeit zu Zeit kam er mit Verbesserungsvorschlägen bezüglich der Anstaltseinrichtungen usw. Seine Anregungen waren nicht immer zweckmässig.

---

1) So nannte er z. B. einen sehr frommen, etwas selbstbewussten Pfleger stets „Simon Petrus“, weil dessen Familienname Simon war.

In mindestens mehrmonatigen Abständen wurde er für einige Tage oder Wochen leicht erregt, lief dann z. B. von einem Ohrenarzt zum andern, um sich sein altes Ohrenleiden „kritisch beleuchten“ zu lassen, wie er es ausdrückte, hielt den betreffenden Kollegen jedesmal lange Reden und hatte offenbar selbst Freude daran, wenn er Heiterkeit erregte. Gerade das merkte man ihm übrigens öfters auch in den ruhigen Zeiten an.

In den Perioden leichter Unruhe pflegte er ferner Rechtsanwälte und das Vormundschaftsgericht aufzusuchen, um seine Wiederbemündung zu betreiben. Er ging dann auch zu bekannten und fremden Aerzten, um sich Atteste zu besorgen, beruhigte sich aber rasch wieder, wenn er nichts erreichte. In diesen Zeiten hatte er auch häufig Streitigkeiten mit seiner Umgebung, besonders mit den Verwandten, und er kam dann nicht selten auch mit allerlei Plänen bezüglich der Zukunft. Während er sich in den ruhigeren Zeiten eine selbständige Lebensführung nicht zutraute, sich wenigstens mit dem Anstaltsaufenthalt bei freiem Ausgang durchaus abfand, behauptete er dann plötzlich, er wolle ein neues Leben anfangen, heiraten, sich einen Beruf schaffen, nochmals zu studieren anfangen und ähnliches. Um diese Zeiten hatte er zweifellos ein gesteigertes Selbstbewusstsein.

Der Fall W. ist insofern schwierig, als er zu differentialdiagnostischen Erwägungen gegenüber der Dementia praecox Anlass gibt. Wir haben zu erörtern, welche Gründe gegen die Annahme einer Schizophrenie sprechen. Meiner Ansicht nach sind es folgende:

1. Zunächst sind die krankhaften Abweichungen, welche W. zu einer abnormen Persönlichkeit machen, angeboren. Schon in der Jugend zeigte er sich unbeständig und fahrig. Auch die Reizbarkeit bestand bereits damals.

2. Bei der Schizophrenie finden wir meist ein deutlich aus dem bisherigen Lebenslauf sich heraushebendes Anfangsstadium der Psychose. Ein solches fehlt vollständig. Die mehrfach verzeichneten Zeiten, in denen der Patient erregt war, sind einem solchen Initialstadium ebensovienig gleichzusetzen, wie etwa den einzelnen „Schüben“, die wir bei manchen Katatonien beobachten.

3. Da eine progrediente Abnahme der psychischen Funktionen, insbesondere eine Verödung des Gefühlslebens nicht nachzuweisen ist, so kommt eine Dementia simplex (Diem, Pick, Kraepelin) auch nicht in Betracht.

4. Die Zeiten der Erregung bringen keine wesentlich neuen Symptome, sondern lassen lediglich eine quantitative Steigerung der bereits vorhandenen erkennen.

5. Was mehrere der behandelnden Aerzte in erster Linie an eine Schizophrenie denken liess, waren die eckigen, grotesken Bewegungen des Patienten und seine eigentümliche Art zu reden. Mit diesen beiden Symptomen müssen wir uns noch besonders beschäftigen.

Wie schon bei der Darstellung der Krankheitsgeschichte gesagt wurde, handelt es sich bei den Bewegungen um eine Uebertreibung von an sich vernünftigen Reaktionen. Der normale Mensch, der eine Respektsperson begrüsst, bringt die Bewertung, die er derselben zuteil werden lässt, in der Form seines Grusses zum Ausdruck. W. begrüsst die für ihn in Betracht kommenden Respektspersonen, die Aerzte, achtungsvoll, aber nicht übertrieben. Dagegen die Gernegrosse auf der Abteilung, diejenigen, die zu Unrecht dominieren wollen, sucht er sich heraus und ihnen erweist er eine offensichtlich übertriebene Ehrfurcht, um sie zu verspotten. Was er tut, ist übertrieben, aber nicht unmotiviert oder sinnlos. Insofern unterscheidet sich sein Handeln von dem des Schizophrenen und erinnert an das des „dummen August“ im Zirkus.

Dasselbe gilt von seinen Reden. Er geht zum Ohrenarzt, nicht, um sich sein Ohr untersuchen zu lassen, sondern er lässt es „kritisch beleuchten“. Er verschmäht den nüchternen, rein sachlichen Ausdruck für den Vorgang und wendet statt dessen einen anderen, an sich sinnvollen an, der aber eine Uebertreibung darstellt.

6. Alles das geschieht, weil er ständig heiterer Stimmung ist, und durch nichts — z. B. auch nicht durch den jahrzehntelangen Anstaltsaufenthalt — aus derselben herausgerissen werden kann. Er sieht alles, was ihm begegnet, mit den Augen des lachenden Philosophen an.

7. Schliesslich ist noch ein Punkt wichtig. W. hat nie das Interesse an seiner Umgebung, der Aussenwelt, den Zeitereignissen verloren. Er liest Zeitungen und verarbeitet das Gelesene. Wenn er auch nicht den Wunsch äussert, einen Platz im Leben auszufüllen, so ist er andererseits doch auch nicht untätig, beschäftigt sich innerhalb der Anstalt — soweit das seine Unbeständigkeit zulässt — seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechend und hat ein durchaus richtiges Urteil für die Grenzen seines Könnens.

So stellt er das, was man ein „Original“ nennt, dar, d. h. einen Menschen, der nicht etwa schwachsinnig oder verblödet ist, sondern nur durch gewisse Verschrobenheiten in Kleidung, Reden und Handeln auffällt, verhältnismässig gut beobachtet, keineswegs interesselos ist, sich aber zu wirklich wertvollen Leistungen nicht aufraffen kann. Der im übrigen alles, was ihm begegnet, durch die rosige Brille betrachtet.

Dass man diese Fälle von der Dementia praecox aussondern muss, ist wohl nicht zu bestreiten. Ich glaube aber weiter, dass der vorliegende Fall als ein Ausfluss der manisch-depressiven Anlage anzusprechen ist, denn wir finden bei ihm eine von äusseren Einflüssen wenig oder gar nicht abhängige Heiterkeit. Der Kranke knüpft an Erlebnisse und Sinneseindrücke aus seiner Umgebung oft an. Gelegentlich kommt

es zu Klangassoziationen (nolens-coblenz). Er ist sprunghaft im Denken, macht Witze und neigt zu Uebertreibungen in seinen Reden.

Als besonders wichtig ist weiter des Umstandes zu gedenken, dass sich von Zeit zu Zeit, ohne erkennbare äussere Ursachen, bei ihm Zustände leichter Erregung einstellten, während deren er reizbar gegen die Umgebung war, wegen eines alten Ohrenleidens vom einem Arzte zum anderen lief, seine Wiederbemündigung betreiben wollte, Heiratsgedanken äusserte und sich sogar die Fähigkeit zutraute, einen Beruf auszuüben.

Gerade diese, nicht exogen bedingten Phasen, so kurz sie auch sein mögen, sprechen sehr zugunsten der Annahme einer manisch-depressiven Anlage<sup>1)</sup>.

Ueber die Erbliehkeitsverhältnisse vermag ich leider bei W. nichts zu sagen. Ich weiss von seinem Vater nur, dass der ein hervorragender Mathematiker war, der körperlich durch ungewöhnliche Hässlichkeit auffiel und zu den berüchtigsten Homosexuellen gehörte.

Wenn wir somit zu dem Schluss kommen, dass auch hier ein in den Bereich der manisch-depressiven Anlage gehöriger Fall vorliegt, so müssen wir weiter feststellen, was ihn von den beiden bisher beschriebenen Typen unterscheidet. Das ist meiner Ansicht nach die Denkstörung mit ihren Begleiterscheinungen. Die Art, wie W. denkt und spricht, zeigt viele Uebereinstimmungen mit dem, was wir über die Vor- und Anfangsstadien der Ideenflucht weiter oben erfahren haben. Es sei nur an die Uebertreibungen, die Verwendung bestimmter Kraftausdrücke, die gelegentlichen Klangassoziationen, die charakteristische Verarbeitung äusserer Eindrücke erinnert.

Diese Art zu denken und zu sprechen gibt der Persönlichkeit ihr eigenartiges Gepräge. Sie springt mehr in die Augen, als die zweifellos daneben vorhandenen affektiven und psychomotorischen Störungen.

#### Querulanten.

X. Y., Geistlicher, 32 Jahre alt. Vater reizbarer Sonderling, mit Neigung zu Depressionen. Sehr fromm, sehr ehrgeizig und empfindlich. Hat leicht zylothyme Schwankungen. (Letzteres Angabe seines Sohnes.) In der Familie viel Zwistigkeiten.

Ueber zwei Brüder des X. wird in dem Abschnitt paranoide Fälle zu berichten sein.

X. selbst ist in Internaten erzogen. Er zeigte Durchschnittsbegabung, kam aber frühzeitig wegen seiner Reizbarkeit und Empfindlichkeit mit seiner Umgebung in Konflikt. Hetzte gegen Mitarbeiter und Vorgesetzte. Wurde

---

1) Nachtrag: Gegenwärtig (Februar 1919) ist er leicht depressiv!

Ordensgeistlicher. Fühlte sich im Kloster von seinen Vorgesetzten zurückgesetzt, intriguierte gegen seine Mitbrüder und hetzte gegen die Oberen. Gleichzeitig begann er für sich selbst allerlei Vergünstigungen zu fordern. Wenn dieselben ihm nicht gewährt wurden, tat er, was ihm beliebte, oder kämpfte mit grösster Energie so lange, bis er das Gewünschte erreichte. Queruliert jetzt gegen fast alles, was seine Vorgesetzten bestimmen.

Vor 5 Jahren Klagen über nervöse Störungen (Schlaflosigkeit, innere Unruhe, Gefühl der Leistungsunfähigkeit, Reizbarkeit.) Deshalb in ein Sanatorium geschickt, fiel er durch Ruhelosigkeit, unstetes Wesen, Neigung alles zu beobachten und die anderen Kranken durch Ratschläge und Tadel zu belästigen, durch Uebertretungen der Hausordnung, Differenzen mit dem behandelnden Arzt, nach einer Mitteilung auch durch erotisches Gebaren auf.

Zur Rede gestellt, bestritt er stets Inkorrektheiten begangen zu haben. Da er in dem Sanatorium störend wirkte, erfolgte seine Entlassung. Er wurde nun in mehreren Klöstern untergebracht, immer mit dem gleichen Erfolge. Er hetzte alle Insassen gegeneinander auf, brachte infolge seiner Ruhelosigkeit den ganzen Betrieb in Unordnung, war einsichtslos, wenn ihm vorgehalten wurde, dass sein Verhalten störend wirkte, und bezichtigte andere der Inkorrektheit. Ueber die Interna der Klöster, in denen er untergebracht war, teilte er Fremden Wahres und Erfundenes mit, fiel auch sonst in der Oeffentlichkeit auf und kam zu Beginn des Krieges sogar in den Verdacht der Spionage. Deshalb erfolgte Anstaltsinternierung.

In der Anstalt erregt, benutzt mehrere gewährte Ausgänge dazu, um in der Stadt unter falschen Angaben Einkäufe zu machen, die er nicht bezahlen kann, fügt sich nicht in die Hausordnung, schläft sehr wenig. Verlangt unter Drohungen seine Entlassung, behauptet, seine Oberen hätten ihn auf Grund falscher Angaben verschiedener Persönlichkeiten durch die Internierung für ewig unschädlich machen wollen. Stellt Skandalprozesse in Aussicht.

Nach einigen Wochen ruhiger. Wird entlassen. Geht sofort in eine andere psych. Anstalt, um sich auf seinen Geisteszustand untersuchen zu lassen.

Dann beginnt er mit grösster Betriebsamkeit der ganzen Angelegenheit nochmals nachzugehen, holt überall eidesstattliche Versicherungen, ärztliche Atteste usw. ein, geht gegen die Aerzte vor, welche das Internierungsattest ausgestellt haben, sammelt das ganze Material, lässt es einbinden und mehrere Exemplare davon herstellen, mit denen er bei den verschiedensten weltlichen und kirchlichen Behörden umherzieht. Er reicht auch Klagen bei ärztlichen Ehrengerichten und seinen kirchlichen Behörden ein, sucht Abgeordnete für seine Sache zu interessieren, reist viel herum und beschwört immer neue Konflikte mit seiner vorgesetzten Behörde herauf.

Bemerkenswert ist dabei, dass sein Verhalten periodisch wechselt. Ohne äussere Veranlassung — also nicht etwa durch Komplikationen bedingt, die in seiner Sache neu eingetreten wären — setzt plötzlich eine grosse Betriebsamkeit ein, während deren er viel redet, schreibt, queruliert, mit seinen Vorgesetzten anbindet, unter falschen Angaben neue Freunde für seine Sache zu gewinnen sucht, ausgesprochenen Rededrang mit Neigung zum Abspringen

aufweist, wenig schläft und über Nervosität klagt, die er auf seine Kämpfe zurückführt. In diesen Zeiten erfährt auch sein sonst schon recht ausgeprägtes Selbstgefühl eine deutliche Steigerung. Die Stimmung ist gereizt. Er ist fortwährend in Bewegung, zeigt sich unbelehrbar, so dass in stundenlangen Auseinandersetzungen nichts weiter erreicht wird, als dass er vorübergehend zugibt, er habe in dieser oder jener Frage unrichtig gehandelt. Trotzdem tut er schon am nächsten Tage wieder das, was er selbst am Tage vorher als unrichtig bezeichnet hat.

Diesen Zeiten der Erregung — in der letzten mir bekannten hat er seine Dokumente sogar drucken lassen — stehen andere gegenüber, in denen er wesentlich ruhiger und einsichtiger ist, allerdings auch da seine Angelegenheit weiter betreibt. Verf. hat ihn in diesen Phasen doch mehrere Male so weit gebracht, dass er ernstlich erwog, ob es nicht zweckmässiger wäre, wenn er seine Prozesse abbräche.

Weder für den Eintritt der erregten Phasen, noch für die Rückkehr der ruhigeren lassen sich exogene Ursachen finden. Er selbst kann die plötzlich einsetzende Betriebsamkeit auch nicht motivieren. Ausgesprochene Ideenflucht besteht bei X. nicht, wohl aber Andeutungen davon. Er spricht viel und rasch, stellt alles im Sinne seiner Anschauungen dar, sucht sich aus den Anschauungen anderer in den Zeiten der Erregung in erster Linie das heraus, was seiner querulatorischen Gereiztheit am meisten entspricht. Eine gewisse Ablenkbarkeit tritt auch hervor.

Körperlich bietet er ausser einer auffallend hohen Stimme nichts Besonderes.

Der Mann, den ich soeben geschildert habe, ist ein Querulant. Warum aber gehört er nun unter den Begriff der manisch-depressiven Anlage?

Dass direkte Belastung im Sinne des zirkulären Irreseins vorliegt, ist in der Krankheitsgeschichte bereits gesagt.

Ein zweiter Grund liegt darin, dass er periodisch, ohne exogene Ursachen auftretende Erregungszustände bekommt, die den Charakter einer leichteren Manie tragen. Die wesentlichsten Symptome aber, welche er zu diesen Zeiten bietet, finden sich auch — in abgeschwächter Form — dann, wenn er ruhiger ist. Es handelt sich um Reizbarkeit, Misstrauen, Empfindlichkeit, eine gewisse Unstetheit, Selbstüberschätzung, Weitschweifigkeit im Reden, Neigung viel zu reden, Unfähigkeit sich dem Klosterleben einzuordnen, Sprunghaftigkeit im Denken, öfteren Wechsel der Zukunftspläne. Er fängt, das sei noch hinzugefügt, von Zeit zu Zeit auch wissenschaftliche Studien an, bringt aber seine Ausbildung nie zum Abschluss und ist noch weniger in der Lage, selbstständig zu arbeiten.

Auch hier haben wir also einen im Sinne des manisch-depressiven Irreseins Belasteten vor uns, der von Jugend auf gewisse Symptome der

Manie als Charaktereigenschaften zeigt. Diese Charaktereigenschaften steigern sich von Zeit zu Zeit zu richtigen manischen Phasen, in denen der Patient als geisteskrank im engeren Sinne zu bezeichnen ist. Nach Abklingen derselben ist er ein „unangenehmer, anspruchsvoller Untergebener.“ „Besserwisser,“ „unruhiger Geist,“ „sich überhebender, disziplinloser Psychopath,“ der im übrigen aber eine ganze Reihe von Attesten von Aerzten und Laien hat, die seine „geistige Gesundheit, ja sogar seine ungewöhnliche Geistesschärfe“ bezeugen.

Depressionen habe ich bei ihm nicht nachweisen können, wohl aber bei seinem Bruder.

Dasjenige, was den X. besonders kennzeichnet, ist sein Misstrauen und seine Empfindlichkeit, die sich mit hoher Selbsteinschätzung der eigenen Persönlichkeit verbinden. Diese Eigenschaften charakterisieren auch seinen Vater und bei zweien seiner Brüder spielen gerade die gleichen Symptome eine wichtige Rolle.

Man sieht also, dass die hereditären Beziehungen zwischen dem Vater und dem Sohne sich nicht auf die Vererbung der manisch-depressiven Krankheitsdisposition im allgemeinen beschränken, sondern dass wesentlichste Eigenschaften der Gesamtpersönlichkeit sich bei allen von mir persönlich untersuchten Gliedern der Familie finden.

Diese Eigenschaften beeinflussen übrigens das Zusammenleben der Beteiligten in hohem Masse. Auf die Dauer verträgt sich keiner mit dem anderen. Einmal nimmt der Vater uneingeschränkt Partei für seinen Sohn, bezahlt Rechtsanwälte und Reisen zur Durchfechtung der verschiedenen Streitigkeiten, wendet sich selbst an die höchsten Instanzen, um seinen Sohn in seinen Kämpfen zu unterstützen. Zu anderen Zeiten redressiert er alle getroffenen Massnahmen, heisst die Entscheidungen der Behörden gut, erklärt den Sohn selbst für geisteskrank, verweigert ihm jede finanzielle Unterstützung und wirft ihn aus dem Hause heraus. So schwanken die Beziehungen beider zwischen innigstem Einvernehmen und bitterster Feindschaft, ohne dass für diesen Wechsel sachliche Gründe zu finden sind.

Das Gleiche trifft für die Brüder untereinander zu.

Das, was alle diese Persönlichkeiten sowohl vom Gesunden, wie vom Paranoiker unterscheidet, ist der Mangel an Konsequenz im Denken und Handeln. Die Labilität des Urteils und Handelns ist bei ihnen nicht — wie etwa beim Hysteriker — durch Aenderungen der Lage oder sonstige exogene Faktoren bedingt, sondern sie ist lediglich der Ausdruck endogener Schwankungen, wie wir sie bei dem manisch-depressiven Irresein kennen.

### Die ethisch Depravierten.

Es gibt Psychopathen, bei denen als hervorragendstes Symptom die ethische Depravation bezeichnet wird. Frei von allen Gefühlsregungen tun und lassen sie nur das, was ihnen gefällt. Ihre Einordnung in ein bestimmtes Milieu begegnet grossen Schwierigkeiten. Viele von ihnen werden kriminell. Trotz guter Begabung können sie im Leben nirgends dauernd Fuss fassen.

Die meisten von diesen früher als Moral insanity bezeichneten Fällen gehören nicht in das Gebiet der manisch-depressiven Anlage. Dass aber einzelne von ihnen vielleicht doch hierher zu rechnen sind, an diese Möglichkeit lassen die folgenden Fälle denken:

Beide Eltern von jeher hypochondrisch und total verschroben. Mutter in den letzten Jahren senil-dement. (Durch Ermittlungen festgestellt.)

Aelteste Tochter, jetzt 42 J. alt, Lehrerin (in diesem Jahr untersucht). Musste wegen einer Melancholie pensioniert werden. Die letztere war gekennzeichnet durch Depression, objektive und subjektive Hemmung, subjektives Insuffizienzgefühl, innere Leere, Skrupeln, zeitweilige Selbstvorwürfe, Schlafstörungen, verminderte Nahrungsaufnahme, innere Unruhe und Präkordialangst, Neigung zum Weinen. Auch Suizidgedanken haben vorübergehend bestanden. Dauer etwa 2 Jahre. Die Melancholie habe ich selbst festgestellt. Ueber das sonstige Vorleben der Kranken weiss ich nichts Näheres.

Zweite Tochter, 38 J. alt, Privatsekretärin, jetzt verheiratet. (Seit 7 Jahren von mir verfolgt.)

Intelligentes Kind. Sehr gut gelernt. Von jeher lügenhaft. Stahl schon als kleines Mädchen. Gegen Belehrungen, Ermahnungen und Schläge refraktär. Immer, selbst in grösster Bedrängnis, heiter.

Nach der Schulzeit Handelsschule. Französisch und Englisch, Schreibmaschine, Stenographie. Zur Vervollkommenung in Sprachen nahm sie Stellung in der Schweiz an. Dort Gonorrhoe und Lues. Abort. Adnexoperation.

Nach Ausheilung Rückkehr nach Deutschland. Nimmt Stellung bei einer grossen Firma als Privatsekretärin des Chefs, mit dem sie sofort ein Verhältnis beginnt. Von ihm weiss sie fortwährend Geld herauszuholen, das sie für allerlei Nichtigkeiten ausgibt. Belügt und betrügt den Chef ohne Reue. Ist immer heiter. Einmal geht sie, um einen längeren Urlaub zu erhalten, zum Kassenarzt, lügt demselben ein Heer von Symptomen vor und erhält auf Grund eines Attestes die Erlaubnis zu einer Erholungsreise. Unterwegs geht ihr das Geld aus. Infolgedessen lässt sie sich in ein Krankenhaus aufnehmen, erbittet unter Beifügung eines neuen ärztlichen Attestes eine grössere Summe Geld von ihrem Liebhaber, verlässt nach Eintreffen des Geldes sofort das Krankenhaus, um mit einem Anderen zusammen zu leben. Lässt sich noch mehrmals Geld nachschicken, bis der ganze Schwindel herauskommt. Kehrt



in ihre Stellung zurück, als wenn nichts geschehen wäre. Gesteht die Betrügereien lachend ein, bringt ihren Liebhaber dazu, dass er sie weiter behält.

Um nicht durch Schwängerungen in unangenehme Lage zu kommen, heiratet sie einen wenig bemittelten, aber ordentlichen Mann. Bleibt gleichzeitig bei ihrem bisherigen Liebhaber in Stellung und setzt das Verhältnis mit ihm fort.

Spricht mit Behagen davon, wie vorzüglich sie alles inszeniert habe. Daneben auch noch andere Seitensprünge „nach Bedarf“.

So geht alles einige Jahre. Zu Beginn des Krieges wird der Mann eingezogen. Sie selbst bleibt bei ihrem Liebhaber, hält sich aber auch noch andere daneben, und zwar mit Vorliebe reiche, die ihren Tribut entrichten müssen.

1916 verlässt sie plötzlich ohne Grund ihre Stellung, kommt nach Bonn. Hier traurig, menschenscheu. Motiviert den Angehörigen gegenüber ihr Verhalten nicht. Sitzt untätig zu Hause herum. Kommt schliesslich zum Verf. Der solle ihr helfen. Sie sei ein schlechter Mensch, verdiene nicht zu leben. Habe alle Menschen betrogen. Ihre Schlechtigkeit stincke gen Himmel. Sie sei eine Bestie, wolle sich das Leben nehmen usw. Dabei schwer deprimiert, grosse innere Unruhe, fast völlige Schlaflosigkeit, sehr geringe Nahrungsaufnahme. Unfähigkeit, sich zu beschäftigen. Denken und Handeln verlangsamt. Entschlusslosigkeit.

Nach etwa 4 Monaten — ohne Anstaltsaufnahme — allmähliche Besserung, so dass sie zwei Monate später wieder berufsfähig ist. Fängt dann hier wieder Verhältnisse an, macht sich aber zeitweise Vorwürfe, dass sie ihren Mann betrüge. Grübelt jetzt mehr über sich nach, warum sie so sei usw.; hat das Bedürfnis, sich von Zeit zu Zeit beim Arzt auszusprechen. Mitte 1917 Rückkehr in die alte Stellung zu ihrem früheren Verhältnis. Gleichzeitig versucht sie auch die Versetzung ihres Mannes, der nur garnisondienstfähig war, an den Ort ihrer Tätigkeit zu betreiben. Dies gelingt ihr. Daraufhin lebt sie in der alten Weise weiter.

Dritte Tochter<sup>1)</sup>, starb, 32 Jahre alt, 1918 an Grippe. Telephonistin und Telegraphistin. Klug, sehr belesen, gute Umgangsformen, dabei aber genau so raffiniert, wie ihre zweite Schwester. Erzählt sans gêne bei der ersten Konsultation die grössten Intimitäten aus ihrem Vorleben.

Hat ungefähr nach den gleichen Grundsätzen gelebt, wie die andere Schwester. Heiratete z. B. einen ihr gleichgültigen Mann, weil er Geld hatte. Als er das verlor, verliess sie ihn sofort und liess sich scheiden. In einer Stelle hatte sie eine unbequeme Nebenbuhlerin. Ihrer entledigte sie sich dadurch, dass sie ein Verhältnis mit dem zuständigen Vorgesetzten anfang und diesen veranlasste, jene Dame zu entlassen. Nachdem sie ihr Ziel erreicht hatte, brach sie das Verhältnis sofort ab.

Von allen diesen Dingen erzählt sie in heiterer Weise, persifliert sich selbst, sucht nichts zu beschönigen. Keine Ideenflucht. Selbstbewusstes Auftreten.

1) Kurz vor dem Tode einige Male gesprochen.

Ausgesprochene Depressionen oder Manieren waren nicht nachzuweisen. Zeitweise ist sie skrupulös. Macht sich dann Gedanken darüber, dass sie so gehandelt hat.

Nebenher hypochondrisch. Hegt bei jedem Symptom, das sie an sich beobachtet, gleich die schlimmsten Befürchtungen.

Keine hysterischen Stigmata.

Vierte Tochter, Lehrerin. Jetzt 26 Jahre alt. (Seit 1½ Jahren in Beobachtung.)

Schulleistungen gut. Sehr verlogen. Stiehlt als Kind. Ueber die Seminarzeit ist nichts Nachteiliges bekannt geworden. Als Lehrerin gute Erfolge, aber viel Differenzen mit Amtsgenossen. Kommt vertretungsweise an eine Knabenschule. Dort Verhältnis mit einem 15jährigen Schüler und einem jungen Geistlichen. Nachdem die Sache herausgekommen war, Entlassung. Davon völlig unberührt. Lässt sich jetzt von Herren aushalten. Macht auch öfters grössere Schulden, derentwegen sie bereits fruchtlos gepfändet worden ist. Gibt daneben Privatstunden.

Immer gleich guter Stimmung. Erzählt von ihren früheren Erlebnissen ohne Scheu und mit sichtlichem Vergnügen.

Berichtet, dass sie 3mal für etwa 2—3 Monate „nervös“ gewesen sei. Sie habe Kopfschmerzen gehabt, nicht geschlafen, keine Freude am Leben gehabt. Zur Arbeit habe sie sich nicht zwingen können, sondern habe während der ganzen Zeit zuhause herumgesessen. Sie sei damals direkt menschenscheu gewesen und habe sich innerlich unsicher gefühlt. Keine Selbstvorwürfe. Kein Kleinheitswahn. Präkordialangst.

Während der letztbeschriebenen Zustände hat Ref. sie nicht gesehen. Bei einer körperlichen Untersuchung vor etwa 6 Monaten keine hysterischen Symptome.

Das, was die drei jüngeren Töchter der Familie St. auszeichnet (über die älteste weiss ich nicht mehr als oben angegeben), ist ihre ethische Depravation.

Bei guter Intelligenz besitzen sie ein stark ausgeprägtes Selbstbewusstsein. Ethische Gefühle und Moralbegriffe fehlen ihnen ganz und so spielen sie mit ihrem eigenen Schicksal, ebenso wie mit dem Anderer, ohne an die Folgen zu denken. Sind sie durch ihr Handeln in Schwierigkeiten geraten, so beeinflusst auch das ihr psychisches Befinden nicht wesentlich. Sie empfinden keine Reue und werden durch Misserfolge nicht belehrt. Ihre heitere Grundstimmung erleidet dadurch keine Aenderung.

Wenn man alles das zusammenfasst, so glaubt man klassische Fälle von Moral insanity vor sich zu haben.

Nun kommen aber zu diesen Symptomen sichere melancholische. Bei der ältesten Schwester habe ich selbst eine Melancholie festgestellt. Auch bei der zweiten trat plötzlich eine mehrmonatige Melancholie

auf. Die dritte war zeitweise skrupulös und machte sich dann Gedanken, dass sie ein solches Abenteuerleben führte. Und bei der vierten sind kurz dauernde Zustände beobachtet worden, die den milderen Formen der Melancholie gleichen, soweit man das aus den Beschreibungen schliessen kann.

Depressive Symptome haben also alle vier zu irgend einer Zeit ihres Lebens geboten und dieser Umstand lässt an ihre Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Anlage denken. Hinzu kommt, dass hysterische Stigmata bei keiner von den vier Schwestern nachzuweisen waren.

Andererseits muss man zugeben, dass der Komplex von Symptomen, der bei den drei genauer Studierten die „Anlage“ ausmacht, an manischen Zügen nur die heitere Lebensauffassung, ein deutlich ausgeprägtes Selbstbewusstsein, die sexuelle Betätigung, und die Beeinträchtigung der ethischen Gefühle enthielt. Denkstörungen im Sinne der Ideenflucht waren, soweit ich das feststellen konnte, nicht vorhanden.

Ich möchte die Zugehörigkeit der Familie St. zur manisch-depressiven Anlage deshalb auch nur mit Vorbehalt behaupten.

Kurz hingewiesen sei im übrigen wieder auf die Gleichartigkeit der Charakterstruktur bei den drei jüngeren Schwestern. —

Wir haben damit die wichtigsten manischen Anlagen, welche mir begegnet sind, besprochen.

Ein flüchtiger Rückblick lehrt uns, dass es tatsächlich ganz reine Fälle gibt, die nie depressiv werden. Gewissen endogen bedingten Schwankungen sind aber auch die unterworfen. Nur die geringe Stärke des Ausschlags nach der entgegengesetzten Seite unterscheidet sie von den mit depressiven Symptomen vermischten Fällen.

Die Aufstellung eines Begriffes, wie des der manischen Anlage, birgt die Gefahr in sich, dass er missbraucht wird, wenn eine scharfe Abgrenzung nicht möglich ist (vgl. Bumke). Darum möchte ich ausdrücklich nochmals betonen, dass nicht allein der Besitz eines heiteren Temperaments und einige aus der euphorischen Stimmung resultierende Handlungen genügen, die Zugehörigkeit zur manischen Anlage zu begründen, sondern dass dazu erforderlich sind Komplexe psychischer Eigenschaften, die verstärkt eine Manie ausmachen.

Sehr wichtig ist dabei die Erfahrung, welche wir im Verlaufe unserer bisherigen Betrachtungen fast durchgängig gemacht haben, dass schon bei der manischen Anlage Andeutungen jener Störungen des Denkens sich finden, die wichtige Bestandteile des ausgeprägten manischen Zustandsbildes darstellen, nämlich der Ablenkbarkeit, der Neigung zu Witzen, des Auftretens von „Einfällen“ und des sprunghaften Denkens.

Auch der Nachweis wiederholt aufgetretener endogener Schwankungen des psychischen Zustandes ist geeignet, die Diagnose zu stützen. —

Ein Wort schliesslich noch über die Bedeutung der manischen Anlage für die Produktivität auf wissenschaftlichem und künstlerischem Gebiete.

Ich habe gerade auch über diesen Punkt mit denjenigen meiner Fälle, die dafür geeignet waren, gesprochen. Sie gaben übereinstimmend an, dass die wichtigste Hilfe bei wissenschaftlichen und künstlerischen Leistungen die „Einfälle“ seien. Sie bringen die wirklich neuen Gedanken.

Nach ihnen kommt der Gedankenreichtum, von dem Dr. A. sprach. Sein Einsetzen bewirkt, dass Probleme, auf deren Lösung der Betreffende viel Mühe und Zeit verwandt hat, ihm mit einem Male geklärt erscheinen, ohne dass er Schritt für Schritt vorwärts zu denken braucht.

Das Hindernis der Ablenkbarkeit wird dadurch überwunden, dass bei den hier gemeinten Persönlichkeiten eine gewisse Neigung besteht, gelegentlich — wenn auch nach langer Zeit (z. B. in der nächsten hyperthyemen Phase) — auf ungelöste Fragen zurückzukommen. So wird manches zwar langsamer vollendet, als von anderen Menschen, aber es reift doch.

Dass die manische Anlage die Gefahr ungleichwertiger Produktionen in sich birgt, ist in Anbetracht der Denkstörungen leicht erklärlich. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass Denkfehler sich einschleichen, ist bei unseren Persönlichkeiten grösser, als bei anderen geistig produzierenden Menschen. Trotzdem können auch schwierige mathematische Probleme gelöst werden.

Es war mir besonders interessant, zufällig feststellen zu können, dass zwei von den bedeutenderen Mathematikern des verflossenen Jahrhunderts eine manisch-depressive Anlage gehabt haben müssen. —

Auf eine für die praktische Behandlung dieser Fälle wichtige Tatsache möchte ich noch eingehen.

Es ist oben auf die Verschlimmerungen, welche die Anlage zeitweise erfährt, hingewiesen worden. Während derselben kann u. U. Anstaltspflege nötig sein. Da die Zustände vom Laien schwer als geistige Störungen erkannt werden, wird leicht einmal der Vorwurf unberechtigter Internierung gegen Anstalten und Aerzten erhoben. Komplizierend kommt hinzu, dass die Verstimmungen von nur kurzer Dauer zu sein brauchen, so dass dann, wenn die Angelegenheit in der Öffentlichkeit besprochen wird, der Pat. längst wieder in seinen alten Zustand zurückgekehrt ist.

Die nachuntersuchenden Psychiater können dann nur eine „Psychopathie“ feststellen.

Nach meinen Erfahrungen liegt in solchen Fällen nicht selten eine manische Anlage vor, die sich vorübergehend zu einer richtigen Manie ausgewachsen hatte.

Wie häufig im übrigen diese Zustände verkannt werden, beweist am besten der Umstand, dass die in Betracht kommenden Kranken fast regelmässig mehrere ärztliche Atteste vorlegen können, in denen ihnen geistige Gesundheit, oder sogar besondere Schärfe des Denkens und ähnliches bescheinigt wird. Ich kann weiter hinzufügen, dass einer meiner Fälle in einer Versammlung von Fachgenossen einen Vortrag gehalten hat, bei dem er sich sehr auffällig benahm, ohne dass die Diagnose Hypomanie von den Herren, mit denen ich nachher sprach, gestellt worden wäre.

### b) Die depressive Anlage.

Unter dem Namen der konstitutionellen Verstimmung hat Kraepelin eine Charakterveranlagung beschrieben, die gekennzeichnet ist durch eine andauernd trübe Gefühlsbetonung aller Lebenserfahrungen. Daneben verspüren die Kranken oft „innere Hindernisse“ bei Bewältigung geistiger Leistungen. Sie zeigen Neigung zu hypochondrischen Grübeleien, sind besonders empfänglich für die Sorgen, Mühsale und Enttäuschungen des Lebens und werden oft von einem Schuldgefühl gepeinigt, als hätten sie sich etwas vorzuwerfen.

Ihr Gefühlsleben wird von einer weichlichen Empfindlichkeit beherrscht. Sie besitzen oft ausgeprägte künstlerische und schöngeistige Neigungen und Fähigkeiten.

Häufig sind sie ängstlich, menschenscheu, unselbständig, unsicher im Auftreten, umständlich im Handeln, wenig verantwortungsfreudig und schwer von Entschluss. Auch Selbstmordneigung wird beobachtet.

Dazu kommen die verschiedensten nervösen Beschwerden wie Herzbeklemmungen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Magenerscheinungen, Darmbeschwerden u. a. m.

Diese Konstitution sieht Kraepelin als einen Grundzustand des manisch-depressiven Irreseins an. Er fügt aber gleichzeitig hinzu, dass nicht alle Formen depressiver Veranlagung im gleichen Sinne zu deuten seien. Namentlich die Fälle mit mehr umgrenzten Angstzuständen und Befürchtungen gehörten nicht hierher, dagegen seien wahrscheinlich gewisse weiche, sanfte, ein wenig zur Schwermut geneigte Naturen hineinzurechnen, die mit guter Verstandesbegabung, gewinnender, anschmiegender Liebenswürdigkeit und grosser Herzensgüte, Ängstlichkeit, peinliche Gewissenhaftigkeit und Mangel an Selbstvertrauen verbinden, von jeder rauen Berührung mit dem Leben zurückschrecken, sich leicht Sorgen

machen und wohl zu dulden, ja sich zu opfern, aber nicht zu kämpfen verstehen.

– Reiss, der in seinen schönen Untersuchungen über den Zusammenhang von Veranlagung und Psychose von der konstitutionellen Verstimmung ausgeht, bestätigt zunächst die Richtigkeit der Beschreibung Kraepelin's.

Er ergänzt sie dahin, dass die Kraepelin'schen Fälle sich durch eine langsam ansteigende, lang hingestreckte, und träge verlaufende Affektkurve (Gaupp) auszeichneten und enge Beziehungen zu den Zwangszuständen böten.

In einer zweiten Gruppe fasst Reiss dann solche Kranke zusammen, die sich durch raschen und unvermittelten Ablauf aller affektiven Vorgänge auszeichnen. Er meint damit Menschen, die im allgemeinen depressiv veranlagt sind und auf jede Kleinigkeit mit einem zwar kurzen, aber intensiven Stimmungsausschlag reagieren. Die Summe dieser sich rasch folgenden Einzelausschläge täuscht eine dauernde Verstimmung vor.

Bei dieser Gruppe finden sich Zwangsvorstellungen, Grübelzwang, Selbstquälereien, Versündigungsideen und alle die anderen, oben erwähnten Erscheinungen nicht. Der Kranke vermag sich wenigstens vorübergehend dem Genuss des Augenblicks voll hinzugeben bis die nächste betrübende Erfahrung eine neue Verstimmung auslöst.

In zwei Punkten nur stimmen die Angehörigen dieser zweiten Gruppe mit denen der ersten überein, nämlich in der übergrossen Empfindlichkeit gegen Kränkungen und Zurücksetzungen und in der Neigung sich mit der eigenen Person zu beschäftigen. Während aber bei der ersten Gruppe die Gedanken sich vorwiegend um die eigene Unzulänglichkeit drehen, sind es bei der anderen körperliche Missempfindungen, die dem Gesamtbilde einen hypochondrischen Anstrich verleihen.

Die zweite Gruppe stellt nach Reiss einen zu psychogenen Reaktionen neigenden Typus dar. R. meint nun, dass man diese beiden Gruppen zwar theoretisch scheiden müsse, dass ihre Abgrenzung im konkreten Falle aber ausserordentlich schwierig sei.

An ähnliche Verhältnisse, wie Reiss, scheint Rybakoff, dessen Arbeit mir nur im Referat zugänglich ist, gedacht zu haben. Er beschreibt eine Zyklophrenie, deren Unterformen z. T. in die hier besprochenen Konstitutionsanomalien, zum anderen Teil in die leichteren Formen des manisch-depressiven Irreseins hineingehören, wie sich aus seiner Einteilung der Zyklophrenie ergibt. Jedenfalls hat auch dieser Autor der engen Beziehungen zwischen Individualität und Psychose besonders gedacht.

Einen dem hier vertretenen in mancher Beziehung nahestehenden Standpunkt nehmen Rodiet und Masselon ein. Sie führen aus, dass ihrer Ansicht nach jede Melancholie auf prädisponiertem Boden entstehe. Die Individualitäten, aus denen sich das ausgeprägte Krankheitsbild entwickle, seien in drei Gruppen zu teilen, die man etwa 1. als Konstitutionell-depressiv, 2. Zylothymische und 3. Degenerative mit obsessiven Zuständen und periodischen Schwankungen bezeichnen könne.

Wenn ich im Folgenden, zunächst ohne auf bestimmte Streitfragen einzugehen, einige Typen beschreibe, die mir häufiger begegnet sind, so kann ich selbstverständlich auf Vollständigkeit keinen Anspruch machen. Die Kranken, deren Geschichte ich hier bringe, sind ausnahmslos in die erste Gruppe von Reiss einzureihen, d. h. sie sind Spielarten dessen, was Kraepelin als konstitutionelle Verstimmung beschreibt. Auf die anderen Fälle einzugehen, behalte ich mir für ein späteres Kapitel vor.

Ich betone wieder ausdrücklich, dass die gegebene Einteilung zunächst nur bezweckt, zu zeigen, wie verschieden sich die Menschen, welche mit den gleichen Komplexen psychischer Eigenschaften ausgestattet sind, im Leben präsentieren können, sobald einzelne Symptome stärker hervortreten, als die anderen. Daneben liegt mir aber auch daran, die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, dass doch verhältnismässig oft solche dominierenden Symptome die Familieneigentümlichkeit bilden und selbst in den ausgesprochenen manischen oder melancholischen Phasen nicht verschwinden, im Gegenteil mitunter in diesen schweren Attacken sogar deutlicher hervortreten.

#### a) Die einfache depressive Verstimmung.

Familie B. (Mutter und Tochter 2 $\frac{1}{2}$  Jahre beobachtet. Vater einmal untersucht.)

Mutter stille, durch viel Unglück in der Familie vorzeitig gealterte Frau, die auf Aufregungen und körperliche Anstrengungen mit Kopfschmerzen, Müdigkeitsgefühl, Schlaflosigkeit und ähnliche Erscheinungen reagiert. Ein Bruder der Mutter Epileptiker mit Krämpfen, petit mal, Dämmerzuständen und ausgesprochenem Schwachsinn.

Der Vater (geb. 1860) ist in der Jugend ein gut begabter, stiller, etwas empfindsamer Mensch gewesen. Das Lernen fiel ihm nicht leicht. Er war grüblerisch veranlagt, neigte zu trüber Lebensauffassung.

Wurde Realschullehrer. In den Jahren der Berufstätigkeit selbstbewusster.

1906 „allgemeine Nervosität“ und Aengstlichkeit. Pat. wurde reizbar und empfindlich, appetit- und schlaflos. Er unternahm alle möglichen Kuren, ohne Besserung zu finden. Schliesslich stellten sich religiöse Skrupel ein, mit denen sich eine melancholische Verstimmung verband. Deshalb am 13. 3. 08

in die Prov.-Heilanstalt B. Hier bot der Pat. das Bild einer ausgeprägten Melancholie, die durch das zeitweilige Auftreten von vielen Halluzinationen sich auszeichnete. Bis Ende Oktober 1908 trat Besserung ein, sodass Pat. versuchsweise entlassen werden konnte. Zu Hause setzte einige Tage später eine lebhaftere Erregung ein, die bewirkte, dass er wieder in einer Anstalt untergebracht werden musste. Seit April 1913 ist er wieder in B. Hier wurde folgender Verlauf beobachtet:

April 1913 bis Ende Mai 1914 Depression mit vereinzelt Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen. Juni 1914 bis März 1915 viel Halluzinationen und Illusionen, kein charakteristischer Affekt. Juli 1915 Erregung mit Beeinträchtigungsideen. Oktober 1915 ausgesprochene manische Erregung mit Rededrang usw. Viel Grössenideen. Der Zustand hielt an bis Anfang 1917. Dann wechselndes Verhalten. Mehreren Tagen, an denen er ganz ruhig, klar und geordnet ist, folgen andere, an denen er die Personen seiner Umgebung mit anderen Namen bezeichnet, sehr erregt ist und sogar mit Kot und Urin schmiert. Mitunter bedient Pat. sich einer besonderen Sprache. Gelegentlich sonderbare Haltungen, an den ruhigen Tagen schreibt er inhaltlich gute, zusammenhängende Briefe, macht auch ganz brauchbare Gedichte.

Anfang 1918 zunehmende Erregung. Unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen aggressiv, beschimpft und schlägt die Frau. Nimmt die von ihr mitgebrachten Geschenke nicht an. Fühlt sich von ihr und anderen beeinträchtigt. Dabei ideenflüchtig. Ruhige Tage selten.

Tochter. Jetzt 20 Jahre alt. Von Jugend auf still und zurückhaltend. Ging nur im Familienkreise aus sich heraus. Empfindlich gegen Tadel. Bei ziemlich guter Begabung fiel ihr das Lernen schwer. Grüblerisch. Dachte oft über Dinge nach, die anderen jungen Mädchen fern lagen. Neigung zu trüber Lebensauffassung. Aeusserte bisweilen allerlei grundlose Befürchtungen.

Mitte 1916 fielen zwei Brüder im Felde. Angeblich im Anschluss daran wurde sie stiller, traurig, gehemmt. Sie sprach weniger, hatte Angst und Druckgefühl auf der Brust, schlief schlecht, ass wenig, nahm an Körpergewicht ab. Gelegentliche Selbstvorwürfe, starkes Insuffizienzgefühl. Hat das Bedürfnis, sich noch mehr als früher an die Mutter anzulehnen. Will nicht, dass Massnahmen zu ihrer Heilung getroffen werden. Es habe keinen Zweck. Sie werde doch nicht wieder gut. Subjektive und objektive Hemmung. Einige Male Selbstmordgedanken.

Nach sechsmonatigem Bestehen der Krankheit auf Rat des Verf.'s mit der Mutter aufs Land. Dort allmähliche Besserung. Nach 8 Wochen Rückkehr nach B. Auf der Rückfahrt in der Eisenbahn Erregungszustand. Will an einem Kreuzungspunkt nicht umsteigen, ruft laut um Hilfe, die Mutter wolle sie umbringen, wehrt sich gegen die Verbringung in den anderen Zug, so dass die Fahrt unterbrochen werden muss. Am nächsten Tage Rückkehr nach Bonn. Hier Beeinträchtigungsideen gegen die Mutter, viel Halluzinationen (teilweise im Sinne der Verfolgung), heitere, meist auch etwas gereizte Stimmung. Ideenflucht. „Ungenierte Benehmen.“ In der Anstalt (17.1.17), wohin die Pat. zunächst gebracht wird, Vergiftungsideen (mit Geruchs-, Gehörs- und Gesichts-



täuschungen), nimmt zögernd Nahrung. Einige Male unsauber mit Urin. Rasches Abklingen der Erregung, auch jetzt noch glaubt sie, dass die Mutter ihr nicht wohl will. Hört hässliche Dinge, die ihr zugerufen werden.

1. 3. 18 versuchsweise nach Hause entlassen, die Erregung nimmt sofort wieder zu. Pat. glaubt sich besonders von der abgöttisch geliebten Mutter beeinträchtigt. Bedroht, beschimpft und schlägt dieselbe. Nimmt einmal eine Axt und will auf die Mutter losgehen. Als Ref. gerufen wird manisches Zustandsbild mit Halluzinationen. Pat. ist gereizt, spricht fortwährend, schimpft, macht dazwischen Witze, ist abspringend, macht Verse. Deutliche motorische Unruhe, ungeniertes Benehmen. Halluziniert offenbar. Als von der Mutter gesprochen wird, zunehmende Erregung. Schreit, ruft ihr Schimpfworte zu. Will aggressiv werden.

Deshalb erneut in eine Anstalt, wo nach 3 Monaten Beruhigung eintritt.

Nach der Rückkehr in die Familie Krankheitseinsicht. Anfangs noch Stimmungsschwankungen. Jetzt wieder still, beschäftigt sich im Hause, trübe Lebensauffassung, Hang zur Traurigkeit, leichte Hemmung.

Vater und Tochter B. stellen vor dem Auftreten der ersten schweren Phase die reinsten Typen konstitutioneller Verstimmung dar, die es wohl gibt. Das Wesentlichste und Hervorragendste ist die depressive Lebensauffassung und eine stille Traurigkeit. Nebenher in nur geringer Ausprägung finden wir eine leichte Erschwerung des Denkens, Neigung zum Grübeln, Empfindlichkeit, und gelegentlich werden auch Befürchtungen geäußert.

Insofern sind beide Kranke einfach zu deuten. Wichtig sind nun die beiden Pat. für die Frage des Vererbungsproblems.

Nicht nur die Anlage ist bei beiden die gleiche, sondern auch der Verlauf der geistigen Störung, und namentlich finden wir bei beiden gewisse symptomatologische Besonderheiten, die das klinische Krankheitsbild atypisch machen.

Bei Vater und Tochter beginnt die Psychose mit einer Melancholie. Sehr früh zeigen sich verhältnismässig viel Halluzinationen. Als dann der manisch-depressive Mischzustand einsetzt, spielen die Halluzinationen eine noch grössere Rolle. Sie richten sich bei beiden gegen die in ruhigen Zeiten heissgeliebte Mutter.

Während der Erregungen bei beiden Neigung zum Versemachen, häufige Angriffe auf die Umgebung, vorübergehende Unsauberkeit mit Kot und Urin.

Dabei im übrigen das unverkennbare Bild eines manisch-depressiven Mischzustandes mit vorwiegend manischen Symptomen.

Man sieht also hier dasselbe Krankheitsbild mit den gleichen atypischen Beimischungen bei Vater und Tochter auftreten. Beim Vater

besteht es jetzt schon über 10 Jahre mit gewissen Schwankungen. Die Tochter ist genesen.

Die Vererbung erstreckt sich hier also nicht nur auf die Krankheitsform im allgemeinen, sondern sie erstreckt sich sogar<sup>1)</sup> auf die klinischen Besonderheiten und den Verlauf! Denn sie entwickelte sich aus einer depressiven Anlage heraus. Dabei muss ich ausdrücklich hinzufügen, dass die Tochter den Vater in den Zeiten der Krankheit nur dann ganz selten einmal gesehen hat, wenn er ruhig war. Jahrelang überhaupt nicht.

Exogene Faktoren, welche das Auftreten so gleichartiger Krankheitsbilder zu erklären vermöchten, habe ich nicht nachweisen können, man wird deshalb nicht umhin kommen, alles, was bei beiden an gleichartigen klinischen Erscheinungen aufgetreten ist, auch als den Ausfluss der Persönlichkeit anzusehen.

Mit anderen Worten gesagt: Es liegt nahe anzunehmen, dass nicht allein die Krankheitsform, sondern auch symptomatologische Besonderheiten in der Persönlichkeit „präformiert“ waren.

Diese Feststellung, der wir im Verlaufe unserer Ausführungen bereits begegnet sind, die uns auch bei späteren Beobachtungen noch begegnen wird, bestätigt nicht nur manche Erfahrungen von Reiss, sie lehrt sogar, dass die Uebereinstimmungen noch weiter gehen können, als dieser Autor meinte.

Jaspers hat in seiner Psychopathologie unter Hinweis auf die mehrfach erwähnten Studien von Reiss gesagt, man müsse Antwort auf drei Fragen suchen: 1. Gibt es aufzeigbare Krankheitsformen, die sich nur gleichartig vererben? 2. Innerhalb welcher abgrenzbaren Kreise findet eine transformierende Vererbung statt in dem Sinne, dass ein Krankheitsbild das andere als Aequivalent gleichsam ersetzen kann? 3. Oder gibt es etwas Derartiges überhaupt nicht?

Wenn wir die Literatur von Sioli's erster Arbeit bis heute verfolgen und wenn wir insbesondere solche Erfahrungen, wie sie uns die Familien C., B., V., A. und H. bieten, mit berücksichtigen, dann muss man als feststehend für das manisch-depressive Irresein ansehen, dass es sich gleichartig vererbt. Innerhalb des manisch-depressiven Irreseins ist eine transformierende Vererbung in dem Sinne möglich, dass, statt einer Melancholie, eine Manie oder ein Mischzustand auftritt. Das Häufigere scheint aber auch da die Gleichartigkeit der Vererbung zu sein.

---

1) Das Gleiche hat Reiss anscheinend auch beobachtet (vgl. l. c. S. 258).

Gegen diese Behauptung hat man die gelegentlich gemachte Erfahrung ins Feld geführt, dass von manisch-depressiven Eltern Kinder abstammen, die schwachsinig sind oder an Dementia praecox leiden und ähnliches. Darauf ist folgendes zu erwidern:

1. In einem Teil dieser Fälle handelt es sich meiner Ueberzeugung nach um Fehldiagnosen. Ich werde weiter unten selbst Beobachtungen bringen, die zeigen, wie schwer die Differentialdiagnose sein kann.

2. Man darf die sämtlichen in einer Generation vorkommenden seelischen Abweichungen nicht ohne weiteres auf die manisch-depressive Belastung durch eines der Eltern beziehen, sondern muss den Ursprung der vom Typus der gleichartigen Vererbung abweichenden Krankheitsform an der Hand des Stammbaums suchen. Man wird dann nicht selten finden, dass die scheinbare Abweichung von der Regel bis tief in eine angeheiratete Familie zurückzuverfolgen ist, also ursächlich auf die manisch-depressive Belastung gar nicht zurückzuführen ist, sondern neben und unabhängig von ihr besteht (vgl. Familie N. und Ho.).

Es ist das grosse Verdienst von Sommer, Strohmeyer, Rüdin, Berze u. a., auf die Notwendigkeit der Ermittlung von Familienstammbäumen hingewiesen zu haben. Leider sind solche nur selten in der wünschenswerten Vollständigkeit zu erhalten und man wird sich deshalb oft damit begnügen müssen, alle erreichbaren lebenden Familienmitglieder in ihrem Lebensgang zu verfolgen. Es genügt im allgemeinen nicht, eine oder einige Untersuchungen vorzunehmen. Man darf die einzelnen Personen vielmehr nicht aus den Augen verlieren, wenn kleine endogene Schwankungen der Stimmung, das passagere Auftreten von Zwangerserscheinungen, die unten noch näher zu besprechende Störung des Denkens und ähnliches nicht unbemerkt bleiben sollen.

Noch ein Punkt ist bei Besprechung der Familie B. zu erörtern, nämlich die Frage, wie weit sowohl die manisch-depressive Anlage, wie auch die ausgesprochenen Phasen des manisch-depressiven Irreseins durch exogene Momente beeinflussbar sind.

Diese Frage hat gerade während des Krieges, wo es sich darum handelte, über die Berechtigung materieller Entschädigungsansprüche zu entscheiden, viel Schwierigkeiten bereitet und sie ist sehr verschieden beantwortet worden. Im allgemeinen hat jedenfalls die Neigung zugekommen, den exogenen Faktoren einen allzu grossen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf unserer Erkrankung abzusprechen.

Je länger man sich gerade mit den hier besprochenen Zuständen beschäftigt, desto mehr kommt man zu der Ansicht, dass äussere Einflüsse von sehr untergeordneter Bedeutung sind. Man ist — das wird jetzt auch allgemein anerkannt — bei der Annahme von ursächlichen

Zusammenhängen früher doch allzu handwerksmässig vorgegangen und hat sich bisweilen lediglich mit dem mehr oder minder exakten Nachweis eines zeitlichen Zusammenhanges zwischen dem angeschuldigten Erlebnis und der Verschlimmerung des Zustandes begnügt. Wie vorsichtig man aber dabei sein muss, das kann man sich gerade an unseren Fällen klar machen.

Von Fr. B. wird behauptet, dass sich bei ihr im Anschluss an den Tod der Brüder allmählich die depressive Anlage zu einer Depression gesteigert habe.

Klinisch war die Depression, als ich sie feststellte, eine echte Melancholie. Der Inhalt der Psychose wurde von dem traurigen Geschehnis, welches sie ausgelöst haben sollte, nicht im geringsten beeinflusst. Die Patientin fühlte sich in erster Linie krank und dachte an sich und ihren Zustand, weniger an die Brüder.

Noch unverständlicher ist der Zusammenhang zwischen der Rückreise aus der Sommerfrische und dem Umschlag in die Manie. Das zeitliche Zusammentreffen ist nicht zu leugnen. Das Auftreten von Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungsideen nicht zu verstehen.

Betrachten wir nun den Krankheitsverlauf beim Vater. Da hat sich die einleitende Depression ohne äusseren Anlass ausgebildet. Die Exacerbationen in dem späteren Verlauf stellten sich zwar einige Male im Anschluss an einen Ortswechsel ein; noch viel häufiger aber ohne exogene Beeinflussung.

Man muss bei dem Vater B. geradezu sagen, dass die Reaktion des Kranken auf die Anstaltsentlassung mit einer Verschlimmerung psychologisch nicht verständlich ist. B. kam nach Hause zu seiner Familie, die er liebte, nach der er sich in der Anstalt, wie aus seinen Briefen hervorgeht, auch gesehnt hatte, und es stellen sich nun Erregungszustände und Beeinträchtigungsideen ein, die sich gegen die Ehefrau richten.

Wie ganz anders, wie viel durchsichtiger und psychologisch verständlicher ist dagegen die Wirkung exogener Faktoren bei den psychogenen Erkrankungen. Da sehen wir nicht nur den zeitlichen Zusammenhang, sondern können auch feststellen, dass der Kranke sich mit dem oder den inkriminierten Erlebnissen während der geistigen Störung beschäftigt.

Es gibt zwischen den reaktiven Psychosen und unseren Fällen noch zwei weitere Unterschiede, nämlich:

1. gilt für die reaktiven Erkrankungen mit gewissen Einschränkungen der Satz: *Cessante causa, cessat effectus*. Für die manisch-depressive Anlage und das manisch-depressive Irresein trifft dieser Satz nicht zu;

2. sind bei den psychogenen Störungen die schwersten Symptome im Anfang zu finden, und es erfolgt dann eine bald raschere, bald langsamere Lösung. Bei den Manisch-depressiven ist das häufig umgekehrt, jedenfalls lässt sich die eben gegebene Regel nicht anwenden.

So ergibt sich denn, dass bei den von uns als manisch-depressive Anlage beschriebenen Fällen exogene Faktoren kaum eine Rolle spielen. Manche von den angeschuldigten Erlebnissen sind nicht Ursache, sondern bereits erste Symptome einer Exazerbation. So entschuldigte der Fall C. sein Benehmen der Mutter gegenüber z. B. einmal damit, sie habe ihn durch Verweigerung von Geld gereizt. Deswegen sei er zornig geworden und habe ihr in der Öffentlichkeit Szenen gemacht. In Wirklichkeit lagen aber die Verhältnisse so, dass er das Geld zu einer Zeit forderte, in der er bereits durch Vielgeschäftigkeit, vermehrtes Planeschmieden, grössere Unruhe usw. aufgefallen war. Seine manische Anlage war also schon vorher exazerbiert.

Man wird nun sagen, dass selbst bei Berücksichtigung aller von mir aufgezählter Faktoren noch Fälle übrig bleiben, in denen nach einem bestimmten Erlebnis die manisch-depressive Anlage deutlicher hervortritt, als vorher.

Diese Tatsache besteht zu recht. Das muss zugegeben werden. Es fehlt aber auch nicht an Erklärungen für die Erscheinung. Ich habe an zwei Möglichkeiten gedacht.

Es kommt erstens vor, dass eine solche Anlage, ohne dass eine wirkliche Verschlimmerung eingetreten ist, stärker hervortritt, weil die äusseren Verhältnisse ungünstiger geworden sind. Zweitens muss man daran denken, dass psychogene Beimischungen das Krankheitsbild färben.

Was ich damit meine, kann ich am einfachsten an einem Beispiel zeigen:

M. (geb. 1876), Rechtsanwalt. Seit Mitte 1917 beobachtet.

Grossvater hochgradig nervös. Mutter sehr affekterregbar, hatte zeitweise extreme Geräuschfurcht, so dass sie die Fenster des Schlafzimmers polstern liess. Vater Philanthrop, weltabgewandt.

M. selbst stark depressiv veranlagt. Neigung zu Befürchtungen, Insuffizienzgefühl, arbeitete zu jedem Examen bis zur Erschöpfung.

1912 Depression mit schwerem Krankheitsgefühl, Furcht, geisteskrank zu werden, Insuffizienzgefühl, subjektiver und objektiver Hemmung, Gefühl, dass das Gedächtnis schwände, Selbstvorwürfe, Suizidgedanken. Nach einer grösseren Ausspannung Besserung.

1914 wurde Pat. auf der Sommerreise durch die Mobilmachung überrascht. Auf der Rückreise auf einem Bahnhof erregt, weint laut. Die Familie müsse zugrunde gehen und verhungern. Pat. lässt zu Hause allerlei Nahrungsmittel einkaufen, um die Seinen vor dem Hungertode zu bewahren. Schafft

andererseits die Zeitungen ab, weil er für derartige Ausgaben kein Geld zu haben behauptet, was nicht zutrifft.

Von da ab während des ganzen Krieges deprimiert, weint bisweilen, skrupulös. Weiss nicht, ob er dem Berufe noch nachgehen darf, sei doch krank. Fürchtet ständig etwas falsch zu machen. Glaubt, dass die Kollegen und Richter ihm seinen Zustand ansehen. Macht sich Gedanken über eine eventuelle Einziehung. Er würde die Vorgesetzten nicht richtig grüssen, Befehle vergessen oder nicht richtig ausführen und dann eingesperrt werden. Er wird schliesslich als Schreiber eingestellt und hat einige Journale über verliehene Auszeichnungen zu führen. Obwohl die Tagesarbeit in 3 Stunden zu leisten ist, geht er 1—2 Stunden vor Dienstanfang auf die Schreibstube, schläft nachts nicht, weil er sich über seine dienstlichen Pflichten viele Sorgen macht. Schlechte Nahrungsaufnahme. Ist froh, dass er seine Tätigkeit als Anwalt nicht auszuüben braucht. Daneben zu Hause Neigung zu Affektausbrüchen gegenüber der Familie bei geringen Anlässen.

Während der Revolutionstage und nach dem Einzug der feindlichen Besatzung Exazerbation.

Nachdem sich die Verhältnisse konsolidiert haben, ruhiger, aber die Anlage zur Depression und die Neigung zur Skrupulosität bestehen fort.

M., der bereits früher eine sicher endogene Depression gehabt hat und zweifellos auch eine depressive Anlage aufweist, daneben aber (infolge der Belastung von seiten der Mutter?) zu heftigen Affektentladungen neigt, findet in den durch den Krieg bedingten Verhältnissen eine Quelle zu vermehrten Skrupeln. Es ist mehr Grund zu trüben Gedanken vorhanden, und er kann sich vor allem der veränderten Lage nicht anpassen. Deshalb scheint er kränker, ohne es zu sein. In seinen Gedankengängen spielt auch das jeweils Aktuelle eine grosse Rolle.

Daneben finden wir seine Neigung zu Affektreaktionen gesteigert, dieselbe machte sich zu Beginn des Krieges am stärksten bemerkbar.

Mit der Besserung der äusseren Lage ändert sich auch sein Verhalten.

Hier finden wir also die beiden oben erwähnten Faktoren nebeneinander, nämlich 1. den Kampf des depressiv veranlagten, wenig anpassungsfähigen Patienten mit einer neuen, unbequemen Situation und 2. die psychogenen Beimischungen.

Der eben geäusserten Ansicht stehen scheinbar zwei Gruppen von Fällen entgegen, nämlich 1. die Depressionen nach Unfällen, wie ich sie in meinem Buche über den Selbstmord beschrieben habe.

Wenn ich für jene Beobachtungen damals den Begriff der Melancholie beibehielt, so geschah es, weil die Gutachter, welche die Akten bearbeitet hatten, sie als solche bezeichnet hatten. Meiner Ansicht nach

handelte es sich in Wirklichkeit um reaktive Depressionen. Schon der Umstand, dass sich inhaltlich die Psychose ganz mit dem auslösenden Erlebnis beschäftigte, spricht dafür.

Ich habe dann im vorigen Jahre zwei atypische Schreckpsychosen beschrieben, in denen auf einen Affektshock sich Geistesstörungen von sicher reaktivem Charakter entwickelten. Später stellten sich dann Symptome ein, die als manisch bzw. depressiv angesprochen werden mussten.

Beide Kranke habe ich weiter verfolgen können und es zeigte sich, dass bei ihnen eine Neigung zu psychogenen Reaktionen neben der manisch-depressiven Anlage bestand. Die l. c. auf S. 379 beschriebene junge Dame hat inzwischen sowohl hysterische Symptomenkomplexe wie mehrere kurze melancholische Depressionen gehabt, die letzteren waren sicher endogen (die Belastung dazu rührte von der Mutter her), die ersteren exogen bedingt (die Belastung stammte aus der väterlichen Familie). Beide waren unabhängig voneinander, so dass ich auch für die anfängliche Störung an ein zufälliges Zusammentreffen denken möchte.

Wie leicht man sich bezüglich der exogenen Auslösbarkeit von Psychosen täuschen kann, zeigen am besten unsere Kriegserfahrungen. Es gab am Anfang des Krieges eine ganze Reihe von Autoren (z. B. Verf.), die glaubten, dass die Kriegereignisse manische und depressive Zustände in grosser Zahl ausgelöst hätten. Wie sich später herausstellte, traf das nicht zu. Die auch bei uns in Bonn anfangs beobachtete Häufung von zirkulären Erkrankungen war offenbar eine zufällige<sup>1)</sup> gewesen. Schon vom zweiten Kriegsjahre ab gehörten Manien und Melancholien zu den Seltenheiten, obwohl um diese Zeit die Leiden sowohl für die Zivilbevölkerung, wie für die Heeresangehörigen eigentlich erst begannen.

Ich muss es mir versagen, auf die 2. Gruppe konstitutioneller Verstimmungen von Reiss an dieser Stelle, wie es wünschenswert wäre, einzugehen, und möchte mir das für später vorbehalten.

Nur darauf möchte ich nochmals hinweisen, weil es für das Erbllichkeitsproblem wichtig ist, dass sich, wie ich ja schon zeigen konnte, die verschiedene Herkunft der manisch-depressiven Anlage und der Neigung zu lebhaften Affektreaktionen in manchen Fällen an der Hand des Stammbaumes nachweisen lässt.

#### β) Die Skrupulosität.

Haben wir uns soeben mit der einfachen depressiven Verstimmung und einigen im Anschluss daran zu erörternden allgemeinen Fragen be-

---

1) Vgl. auch Bonhoeffer, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1916.

schäftigt, so müssen wir uns jetzt einer anderen Variation, der „Skrupulosität“, zuwenden.

Auch da möchte ich ein Beispiel voranstellen.

E. G., Studentin der Philos., 29 J. alt. (2 Jahre beobachtet.)

Vorfahren des Vaters sehr religiös. Empfindliche Naturen. Neigung zu trüber Lebensauffassung.

Vater: Maschinenfabrikant, zeigt grösste Neigung zu hypochondrischen Gedanken. Beobachtet sich und die Familie sehr genau, lässt sofort mehrere Aerzte kommen, wenn er etwas gefunden zu haben glaubt.

Neigung zu trauriger Lebensauffassung. Macht sich auch viel Gedanken über Dinge, die mit der Gesundheit nichts zu tun haben. Lebt ganz als Einsiedler. Reist nicht, weil er Menschen nicht sehen kann und Geräusche fürchtet (z. B. das Zuschlagen der Abteiltüren auf der Eisenbahn).

In seinem Fach sehr tüchtig. Hat selbst mehrere Erfindungen gemacht, die ihm viel Geld eingebracht haben. Neben der Konstruktion von Werkzeugmaschinen beschäftigt er sich mit Astronomie, der er seine freie Zeit widmet.

Der Tochter ist aufgefallen, dass in dem Befinden des Vaters Schwankungen auftreten, für die sich äussere Anlässe nicht finden lassen.

Die Mutter, die ich selbst gesprochen habe, ist eine ruhige, klar denkende Frau von guten Formen und gesundem Urteil. Auch die Tochter hält ihre Mutter für gesund.

Frl. G. selbst gibt an, dass sie ebenso wie der Vater bezüglich ihrer Gesundheit von Jugend auf sehr ängstlich gewesen sei. Sie habe von jeher bei allem gleich immer an das Schlimmste gedacht.

Schon in den ersten Schuljahren trat bei ihr die Neigung zu depressiver Lebensauffassung und Grübeleien hervor. Sie pflegte deshalb von ihrem 10. Lebensjahre ab der Mutter abends vor dem Schlafengehen mindestens eine Viertelstunde lang alles zu erzählen, was sie im Laufe des Tages Unrechtes gedacht und getan hatte. Sie machte sich über das Geschehene Vorwürfe und Skrupeln, aber nicht allein über Dinge, die sie wirklich ausgeführt hatte, sondern auch über solche, von denen sie nicht genau wusste, dass sie sie getan hatte. So bestand z. B. in der Schule die Bestimmung, dass die Schülerinnen vor Eintritt der Lehrerin nicht sprechen durften. Abends wusste die Pat. oft nicht, ob sie das Gebot übertreten hatte. Trotzdem konnte sie von dem Gedanken nicht loskommen, dass sie sich vergangen hätte.

Sie lernte in der Schule leicht und kam gut mit, doch fügte die Pat. ungefragt hinzu, dass ihre Leistungsfähigkeit „periodisch ausserordentlich schwankte“. Zum Abiturientenexamen bereitete sie sich privatim vor, musste mehrere Male für einige Wochen ihre Arbeit unterbrechen, weil sie sich „nervös“ fühlte, und bestand das Examen trotzdem nach 2 Jahren.

Körperlich fühlt sie sich von Jugend auf sehr wenig leistungsfähig, obwohl ihr bisher alle Aerzte gesagt haben, sie sei organisch gesund. — Solange ich selbst die Pat. kenne, bot sie folgendes:



Sie erschien in nicht ganz gleichen Abständen mit Klagen über Kopfdruck, Erschwerung des Denkens, Unfähigkeit zu geistiger und körperlicher Arbeit, Mattigkeitsgefühl, Gedächtnisschwäche und Schlafstörungen.

Ueber diese Erscheinungen machte sie sich dann grosse Sorgen, liess sich immer von neuem versichern, dass das nichts Schlimmes sei, erwog in skrupulöser Weise, ob sie das Studium nicht aufgeben solle, da sie doch so insuffizient sei. Einige Male bestand auch Angstgefühl und Herzdruck. Die Pat. machte einen gedrückten, müden Eindruck, sah blass aus, hatte eine mässige Tachykardie. Ohne dass man schon von Hemmung reden konnte, waren ihre Bewegungen und ihr Sprechen langsamer, als in den besseren Zeiten.

Nach einigen Wochen verringerten sich die subjektiven Beschwerden oder schwanden ganz, die Stimmung wurde zuversichtlicher und die Kranke konnte wieder arbeiten. Ein gewisses Gefühl der Insuffizienz, die Neigung zu Skrupeln und ein „Sündengefühl“ wurde sie aber nie los. Sie quälte sich sogar mit diesen Dingen innerlich viel, namentlich dann, wenn sie sich zu niemandem darüber aussprechen konnte. Einmal erschien sie z. B. erregt und bat, „sie auf Homosexualität zu untersuchen“. Sie hatte darüber gelesen und es war ihr aufgefallen, dass sie bisher fast nur Freundschaften mit Mädchen gehabt hatte (ihre Eltern pflegten keinen gesellschaftlichen Verkehr und sie lebte in einer kleinen Stadt). Dies genügte ihr, um sich für homosexuell zu halten und es bedurfte mehrerer längerer Unterredungen, um sie davon abzubringen.

Ueber das „Sündengefühl“ berichtet sie folgendes:

Nach harmlosen Freuden stellt sich bei ihr ein Gefühl ein, als hätte sie ein Unrecht begangen, und sie muss sich dann Vorwürfe machen. Wenn sie z. B. jemanden besuchen will, den sie gern hat, dann freut sie sich vorher und gerät direkt in einen Spannungszustand. Nach Beendigung des Besuches beschäftigt sie sich mit dem Erlebnis so intensiv, dass sie schlecht schläft und am Morgen mit einem „Katergefühl“ aufwacht, einem Gefühl, „als wenn sie sich übernommen hätte“, und dann macht sie sich Vorwürfe, dass sie mit Menschen, die so auf sie wirken, überhaupt verkehrt.

Das Gefühl der Insuffizienz kommt bei ihr dauernd darin zum Ausdruck, dass sie etwas Hastiges und Unsicheres in ihren Bewegungen hat und ständig beobachtet, ob ihre Unsicherheit von der Umgebung bemerkt und ob ihr Verhalten beobachtet wird.

Schliesslich hat sie noch etwas, was sie die „innere Stimme“ nennt. Wenn sie sich Vorwürfe macht, weil sie dies oder jenes getan oder unterlassen hat, dann beschäftigen sie diese Vorwürfe so lebhaft, dass sie ihre Gedanken fast hört. Sie ist sich vollkommen klar darüber, dass nicht etwa wirkliche Stimmen ertönen, weiss, dass es sich um ihre eigenen Gedanken handelt, und will damit nur zum Ausdruck bringen, welche hohe Bedeutung und Intensität diese Gedanken für sie haben.

Diese innere Stimme macht sich zu den Zeiten, in denen sie sich schlechter fühlt, mehr bemerkbar, als zu anderen. Eine Abhängigkeit der Schwankungen von exogenen Faktoren habe ich nicht nachweisen können.

Zur Vervollständigung ist noch hinzuzufügen, dass die G. trotz ihrer Jugend und ihres Reichtums sehr einfach und zurückgezogen lebt, wenig Verkehr hat und mit peinlicher Gewissenhaftigkeit ihren selbstübernommenen Pflichten nachgeht, d. h. sie besucht ihre Vorlesungen, schreibt eifrig mit und arbeitet das Besprochene so gewissenhaft durch, wie ein Schüler die auf-gegebene Lektion, obwohl sie lediglich aus wissenschaftlichem Interesse studiert, nicht etwa um später eine Stelle anzunehmen.

Das hervorstechendste Merkmal der Persönlichkeit des Frl. G. ist ihre Skrupulosität. Es kann ihr begegnen, was es sei, immer hat sie ein Gefühl der Unsicherheit. Sie muss nachgrübeln, ob ihr Verhalten richtig war, ängstigt und sorgt sich, hat nach den harmlosesten Freuden ein „Sündengefühl“ und macht sich oft sogar über Dinge Vorwürfe, von denen sie nicht einmal bestimmt weiss, ob sie sie überhaupt ausgeführt hat.

In den ausgesprochensten Fällen, die ich gesehen habe, ging die Störung so weit, dass die Kranken jede Kleinigkeit zu einer Haupt- und Staatsaktion machten. Eine meiner Pat. befragte ihren Mann vor jeder Gesellschaft über das anzuziehende Kleid, die Frisur, ob sie diese oder jene Handschuhe nehmen sollte, welcher Schmuck in Betracht käme und ähnl. mehr. Sie begnügte sich nicht damit, einmal alles zu überlegen und dann entsprechend zu handeln, sondern kam immer wieder mit den gleichen Fragen, machte selbst Bedenken geltend, die immer von neuem widerlegt werden mussten, brauchte infolgedessen zu ihrer Toilette viel mehr Zeit, als andere Frauen, und brachte auf diese Weise ihre gesamte Umgebung fast zur Verzweiflung.

Dass dieser Typ hierher gehört, ergibt sich aus der Art der Belastung und den endogenen Schwankungen, die bei meinen Fällen nie fehlten. Nicht selten verbinden sich die Skrupeln mit ausgesprochenen melancholischen Verstimmungen, während sie zur Zeit der leichten Exaltationen weniger hervortreten, zum mindesten aber leichter überwunden werden.

Sie entstehen aus einem Gefühl innerer Unsicherheit, der Neigung zum Klebenbleiben an jedem einzelnen Gedanken und aus beträchtlicher Entschlusslosigkeit.

Infolge der Skrupulosität, die sich namentlich in ungewohnten Situationen bemerkbar macht, sagen oder tun diese Kranken nicht selten etwas, was sie in Zeiten, wo sie zu wirklicher, d. h. ungehinderter Ueberlegung fähig sind, nie tun würden. Ihre Entschlüsse und ihr ganzes Handeln ist — wenigstens in den ausgeprägtesten Fällen — mehr Zufallsprodukt. Es entbehrt der Konsequenz. Denn, wenn die Kranken auch gewisse Grundsätze haben, so hindert sie die Skrupulosität

oft daran, diese Prinzipien zur Anwendung zu bringen und sie handeln ihnen entgegen, wenn sie nicht die erforderliche Zeit haben, sich zu ihnen durchzuringen. —

Wenn ich diese Variation besonders schildere, so geschieht es einmal der Skrupeln wegen, dann aber auch, weil wir hier besonders deutlich eine Denkstörung kennen lernen, die charakteristisch für die konstitutionelle Verstimmung ist. Wir werden weiter unten darauf näher einzugehen haben.

Ausserdem stellen diese Fälle den Uebergang zu den reinen Zwangsvorstellungskranken dar, die ja auch eine besondere Gruppe der manisch-depressiven Anlage bilden.

### γ) Hemmungszustände.

Schon das Beispiel, welches bei der Skrupulosität gebracht wurde, wies neben den Skrupeln ein anderes Phänomen, wenn auch nicht als dominierend, auf, nämlich gewisse Hemmungserscheinungen.

Es gibt nun Menschen, bei denen dieses Symptom so stark in den Vordergrund treten kann, dass es der Gesamtpersönlichkeit den Stempel aufdrückt und oft zu Fehldiagnosen Anlass gibt.

Die schwersten Fälle dieser Gruppe, die ich gesehen habe, sind als alte Katatoniker, einer auch als ein besonders abgefeimter Simulant angesehen worden, und man muss zugeben, dass bei Betrachtung lediglich des Zustandsbildes, ohne Kenntnis der Entwicklung des Krankheitsbildes, man leicht zu einem Fehlurteil kommen kann. Die folgenden Beispiele werden das zeigen.

Familie H. (Tochter 6 Monate in Beobachtung).

Vater tot, psychisch anscheinend o. B.

Mutter nach Angaben der Tochter mit 40 Jahren Depression. Sie wurde ängstlich, schlief sehr schlecht, ass wenig, fürchtete, dass ihr etwas passieren würde. Innere Unruhe, Selbstvorwürfe und sehr ausgesprochene Platzangst. Nach etwa 2 Jahren heilte die Krankheit aus.

Frl. H., jetzt 24 Jahre alt, stud. phil., war als kleines Kind sehr lebhaft, später sehr still. In den ersten Schuljahren gute Leistungen. Seit dem 12. Lebensjahre verändert. Damals wurde sie „bleichsüchtig“, konnte in der Schule nicht aufpassen, hatte Kopfschmerzen. Aufgaben, die sie zu Hause gut gelernt hatte, konnte sie in der Klasse nicht, weil das Gedächtnis versagte. Deshalb schlechte Schulerfolge.

Im 16. Lebensjahre, während eines Winters, besseres Befinden. Das Gedächtnis wurde zuverlässiger, sie bekam grössere Beweglichkeit, fühlte sich innerlich sicherer. Die Schulzeugnisse wurden besser.

Im folgenden Jahr in Pension (Kloster im Ausland). Dort starkes Anlehnungsbedürfnis. Gelegentliche Befürchtungen, dass sie nicht stark genug

sei, dem Leben die Stirn zu bieten, dass sie zur Ehe nicht geeignet sei usw. Wollte deshalb Nonne werden. Ein persönlicher Zwist mit einer Schwester verleidete ihr jedoch das Klosterleben. Deshalb ins Elternhaus zurück. Sie beschloss, Sprachlehrerin zu werden. Während der Vorbereitungen Versagen des Gedächtnisses, Sinken der Energie, Schwächegefühl. Sie musste sich zu allem zwingen, glaubte, dass der Kopf „wie leer“ war, vernachlässigte sich auch etwas im Aeusseren. Trotzdem legte sie nacheinander das französische und englische Sprachexamen ab. Zum Besuch der Handelshochschule konnte sie sich aber auf die Dauer nicht zwingen, weil ihr das ganze Studium zu nüchtern war.

Um diese Zeit litt sie auch noch immer unter der Enttäuschung, die ihr die Klosterschwester bereitet hatte. Sie hatte dieselbe schwärmerisch geliebt.

Vor 3 Jahren Besserung. Infolgedessen Vorbereitung zum Abiturientenexamen. Einige Monate nach Bestehen desselben erneutes Auftreten der Gedächtnis- und Denkhemmung. Anfangs konnte sie noch Kolleg hören und mitarbeiten, später ging das nur noch selten. Die Augen und der Kopf schmerzten ihr, sie hatte das Gefühl der Leistungsunfähigkeit, das Interesse an der Sache schwand, sie arbeitete auch wenig, wurde traurig und zog sich von den nächsten Angehörigen zurück.

Objektiv: Kleines, scheues, sanftes Mädchen mit traurigem Gesichtsausdruck. Unsicherheit in Blick und Haltung. Langsame Antworten und Bewegungen. Gute Intelligenz. Deutliches Insuffizienzgefühl. Klagen über körperliche Beschwerden. Blasses Aussehen. Tachykardie.

Der Fall bietet, zusammengefasst, folgendes:

Gleichartige Belastung von seiten der Mutter. Bei der Pat. in den ersten Lebensjahren heiteres, später depressives Temperament, das im 16. Jahre nur für kurze Zeit eine Besserung erfuhr.

Vom 12.—16. Jahre Hemmung des Gedächtnisses, Erschwerung des Denkens, schlechtere Schulerfolge.

Vom 17. Lebensjahr bis zur Gegenwart mit kurzer Unterbrechung Gedächtnisschwäche, Energielosigkeit, körperliches Schwächegefühl, Gefühl der Leistungsunfähigkeit, Abnahme des Interesses für den zukünftigen Beruf, Neigung zum Einsiedlerleben, leichte Verstimmung, Langsamkeit im Denken und Handeln.

Es ist also in diesem Falle die Hemmung der psychischen Funktionen, welche seit Jahren die Gesamtpersönlichkeit kennzeichnet. Dabei wird die Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Anlage durch die gleichartige Belastung und die charakteristischen endogenen Schwankungen einwandfrei bewiesen.

In vieler Beziehung erinnert der Fall an die Beschreibung, die Kraepelin von gewissen schwärmerisch veranlagten, wenig leistungsfähigen und energielosen Menschen gegeben hat, die, wie er hinzufügt, wohl zu dulden, aber nicht zu kämpfen verstehen. —

Bei Familie Ha. hielt sich die Hemmung in mässigen Grenzen, so dass die Pat. zwar in ihrer Leistungsfähigkeit dadurch beeinträchtigt war, aber doch nicht als geistesgestört im engeren Sinne angesehen werden konnte. Es gibt Fälle, bei denen die Hemmungen viel weiter gehen. Welche Grade dabei erreicht werden können, lehrt die folgende Beobachtung. Ich habe die Kranke in einer Eheanfechtungssache begutachtet. Die Mitteilungen über den Verlauf verdanke ich der Dr. Hertz-schen Anstalt in Bonn.

Frau E., geb. 1875.

Vater nervös. Hat als Bauunternehmer viel Geld verdient. Wurde später Trinker.

Frau E. selbst war immer still, ernst veranlagt, freundlich. Gute Schulerfolge, sehr musikalisch.

Der Mann, welcher einige Jahre im Hause verkehrte, ehe er die Pat. heiratete, berichtete, ihm sei schon damals aufgefallen, dass seine spätere Frau „apathisch“ war, sich an der Unterhaltung wenig beteiligte. Sie musste, wenn er zum Besuch kam, oft von der Mutter erst ins Zimmer hereingeholt werden, manchmal erschien sie überhaupt nicht. Er bemerkte auch, dass die Mutter ihre Tochter erst fertig anzog, bevor sie sie dem Bewerber zuführte, weil die E. selbst sich dazu nicht aufraffen konnte.

Nach der Verheiratung überliess die Pat. den Haushalt dem Mädchen, kümmerte sich um nichts, brauchte sehr viel Zeit zum Anziehen, konnte nie fertig werden, zeigte in allem eine enorme Langsamkeit. Zu den offiziellen Besuchen (Mann: Gymnasial-Oberlehrer) war sie nicht zu bewegen. Spaziergänge vermied sie. Zu Unterhaltungen war sie selten geneigt. Dabei ängstliches Wesen. Fürchtete sich, allein in ein Zimmer zu gehen, konnte kein Messer sehen, ängstigte sich davor, ohne dass sie zu sagen vermochte, warum. Ein inzwischen geborenes Kind versorgte sie nicht.

Anfang 1915 in ein Sanatorium gebracht, wurde sie erregt, versuchte zum Fenster herauszuspringen. Wiederholte von Zeit zu Zeit immer dieselben Fragen: Ob sie noch gerade und ganz sei, ob etwas passiert sei, ob ihr jemand etwas tue.

In der Folgezeit blieb sie ängstlich, wollte nicht allein sein. Sie wusch sich zwar, machte sich das Haar aber nicht, brauchte zum Ankleiden die Zeit vom Morgen bis Mittag. Sie ass nur auf Drängen, und dann auch sehr langsam. Der Schlaf war schlecht. Es bestand ausgesprochenes Krankheitsgefühl.

Am 28. 2. 1917 kam sie in die Hertz'sche Anstalt. Dort stark gehemmt. Anfangs gab sie noch vereinzelt mit leiser Stimme Antwort. Später setzte sie wohl zum Sprechen an, brachte aber kaum ein Wort mehr heraus. Nur ab und zu beantwortet sie Fragen durch Kopfnicken oder Schütteln.

Einmal, an einem etwas freieren Tage, gab sie an, sie müsse so viel an die Fragen, die sie von Zeit zu Zeit wiederhole, denken, dadurch sei sie so gehemmt, dass sie nichts tun könne.

Wenn der Arzt das Zimmer betrat, lächelte sie verbindlich, nahm auch die gebotene Hand. Konnte sie dann auf die Fragen des Arztes nichts herausbringen, dann kamen Tränen.

Besuch der Angehörigen bereitete ihr Freude.

Dass es sich nicht etwa um Zwangsvorstellungen, sondern um wirkliche Hemmung handelt, ging aus einzelnen Beobachtungen hervor. Wenn sie sich die Zähne reinigen sollte, brauchte sie eine gewisse Zeit, ehe sie die Zahnbürste in die Hand nahm. Dann hielt sie dieselbe ratlos in der Hand, tauchte sie erst nach einiger Zeit ins Wasser, brachte sie aber auch da zunächst nicht wieder heraus, sondern brauchte dazu, wie zu den übrigen noch erforderlichen Bewegungen mehrere Minuten.

Man sah ihr häufig an, dass sie energische Anstrengungen machte, die Hemmung zu überwinden. Das gelang ihr aber nur selten und dann auch nur unvollkommen.

In ungefähr dem gleichen Zustande wurde die Pat. im Januar 1917 nach Hause entlassen. Während des Aufenthaltes in der Anstalt hat das Befinden ganz leichte endogene Schwankungen gezeigt, so dass sie manchmal einzelne Worte oder Sätze herauszubringen vermochte, mehr aber nicht.

Nie Katalepsie. Kein Grimassieren, keine Manieren, wie überhaupt nichts Schizophrenes.

Hier haben wir eine progressive, sich ganz langsam entwickelnde Hemmung des Redens und Handelns bis fast an die Grenze des Stupors.

Dass nicht etwa eine Katatonie vorlag, ist meiner Ansicht nach aus dem Fehlen katatoner Symptome, ferner daraus, dass die Patientin unter den Zuständen sehr litt und keine Veränderung der Persönlichkeit im Sinne der Schizophrenie zeigte, zu schliessen. Sie war nichts weniger als gemütsstumpf.

Um Zwangsvorstellungen allein kann es sich nicht gehandelt haben, denn die Hemmung äusserte sich immer und überall, nicht bloss in bestimmten Situationen. Das Vorliegen von Zwangsvorstellungen, die ihr Verhalten hätten erklären können, hat die Patientin auch durch Kopfschütteln verneint.

Für die Diagnose wichtig ist: 1. dass eine depressive Anlage vorhanden war, aus der sich das Ganze entwickelte, 2. haben vorübergehend Phobien bestanden (Furcht vor Messern), 3. finden wir die bekannten endogenen Schwankungen. Dazu kommt 4. der depressive Affekt und die mehrfach geäusserten Selbstmordgedanken.

Ich habe einen ganz ähnlich verlaufenen, wenn auch nicht ganz so schweren Fall im Eheanfechtungsverfahren begutachtet (Frau von 28 Jahren), in dem die Hemmung durch mehrere kurze hypomanische Phasen unterbrochen wurde. In einer derselben liess die Patientin in Abwesenheit des Mannes das Haus umbauen. Sonst pflegte sie einen

wütenden Hausputz zu beginnen, der regelmässig mit einem Wechsel des gesamten Personals endete. Da war die Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Anlage noch deutlicher.

Ich habe noch drei Fälle gesehen, die zwar im äusseren Anblick ähnlich waren, wie der eben beschriebene, aber doch wohl anders zu deuten sind. Alle drei waren Landleute, die aus ihrem Dorfe nur zur Erfüllung ihrer militärischen Dienstpflicht herausgekommen waren.

Es waren Menschen, die in der Jugend zwar langsam arbeiteten und langsam dachten, sich in ihrem engen Wirkungskreis aber wohl fühlten und dann auch fröhlich sein konnten. In der Familie des einen waren hysterische Störungen mehrfach vorgekommen. Diejenige des zweiten stand in schlechtem Ruf, namentlich wurde ihr Neigung zu Diebereien vorgeworfen. Von den Angehörigen des Dritten konnte ich nichts Näheres in Erfahrung bringen.

Zwei von ihnen wurden zum Militär eingezogen, der Dritte musste die Heimat aus anderen Gründen verlassen. Bei allen Dreien ging nun die Krankheit folgendermaassen weiter:

Einige Wochen nach dem Verlassen des Heimatdorfes trübe Stimmung. Neigung zum Weinen. Dann plötzlicher Erregungszustand mit nachfolgendem Stupor, der sich in mehreren Monaten löste. Inzwischen war die Entlassung nach Hause erfolgt.

Dort nahmen sie ihre alte Beschäftigung wieder auf. Sie arbeiteten langsam und umständlich, zeigten eine extreme Menschenscheu, so dass sie, sobald ein Fremder auf den Hof kam, alles stehen und liegen liessen und sich im Hause oder in der Scheune versteckten.

Sie verliessen freiwillig den Hof überhaupt nicht, antworteten auf Anreden den Dorfbewohnern nicht. Mit den zum eigenen Hof gehörigen Personen verkehrten sie in vernünftiger Weise, wie auch ihre Arbeitsleistungen denen anderer Ländarbeiter im grossen und ganzen entsprachen.

Nur über grosse Reizbarkeit wurde von den Verwandten und Angestellten der Patienten geklagt.

Dieses Bild änderte sich sofort, wenn sie den Hof aus irgendeinem Grunde verlassen mussten. Zunächst mussten sie zum Bahnhof geschoben oder gefahren werden. Sie sprachen unterwegs mit niemandem. Einen der drei Fälle habe ich in Bonn bei der Ankunft zufällig beobachten können, ohne dass ich wusste, dass es sich um eine klinische Aufnahme handelte. Er wurde von seinem Bruder wie ein negativistischer Katatoniker die Strassen entlang bis zur Klinik geschoben, wobei er auch einen gewissen Widerstand leistete. Das Aeussere war durch die Reise schmutzig, der Hut sass schief auf dem Kopf, sein Be-

dürfnis hatte der Patient unterwegs in die Hose gemacht (die Reise ging von der Eifel bis Bonn). Im Sprechzimmer antwortete er nicht, befolgte keinerlei Aufforderungen, bewegte sich auch spontan nicht und reagierte auf Nadelstiche gar nicht. Auf der Abteilung ass er nicht, starrte vor sich hin, sprach mit niemandem, musste mit Gewalt ins Bett gebracht werden.

Dieser Mann war in seinem Dorfe, da er Militärrente bezog, für einen grossen Simulanten gehalten worden.

Der zweite Fall, aus der Umgegend von Bonn stammend, war ungefähr so, wie der eben beschriebene, nur war er nicht so unsauber. Bei ihm kam Rentensucht oder Furcht vor der Einziehung nicht in Betracht, denn er war bereits definitiv entlassen. Trotzdem das gleiche Bild: Ausserhalb des elterlichen Gehöftes wie ein katatonischer Stupor, in gewohnter Umgebung ein fleissiger Arbeiter, der sich nur wegen Kopfschmerzen von Zeit zu Zeit für halbe Tage ins Bett legen musste.

Dass die eben kurz geschilderten beiden Fälle — der dritte stimmte mit ihnen überein — ganz ungewöhnlich sind, wird ohne weiteres zugegeben werden.

Es fragt sich zunächst, wie sind sie klinisch zu rubrizieren?

Von Frau E. unterscheiden sie sich dadurch, dass es sich nicht um eine endogene Fortentwicklung einer angeborenen Anlage handelt.

Die Erkrankung ist vielmehr im direkten Anschluss an das erstmalige Verlassen der väterlichen Scholle entstanden. Die ersten Symptome wie überhaupt der Verlauf in den ersten Monaten, den ich nur aus Akten bzw. Angaben von Verwandten kenne, erinnert am meisten an denjenigen reaktiver Psychosen.

Schliesslich sehen wir dann, dass eine extreme Menschenscheu zurückbleibt und der Patient, wenn er aus der gewohnten Umgebung des elterlichen Hauses herausgeholt wird, völlig ablehnend wird, nicht spricht, nichts isst und sich vernachlässigt, während er zu Hause zwar reizbar ist und allerlei (neurotische?) Beschwerden hat, aber doch selbständig arbeitet und Brauchbares leistet.

Mit den manisch-depressiven Zuständen ist dieser Krankheitsverlauf um so weniger zu identifizieren, als bei allen drei Patienten weder charakteristische, manische noch depressive Zustandsbilder nachzuweisen waren.

Als Fälle von Katatonie kann man sie wohl auch nicht ansprechen, denn bei dem Manne aus der Nähe von Bonn würden dann die Verhältnisse so liegen, dass er an einem Tage, wo er den Arzt besuchte, von morgens 5—10 Uhr fleissig arbeitete, von 10—2 Uhr das Bild eines katatonen Stupors bot und dann, nach Hause zurückgekehrt, wieder arbeitete.



Zu Hause war er ein gereizter Mensch, hatte viel Kopfschmerzen, tat aber seine Arbeit, ohne Negativismus oder irgendwelche groben Hemmungserscheinungen. Auch impulsive Handlungen, Halluzinationen, Katalepsie usw. fehlten.

Ich glaube, dass man diese Fälle doch wohl zu den reaktiven wird rechnen müssen. Bei ihrer Entstehung spielt wahrscheinlich der Heimwehkomplex eine grosse Rolle.

Auch das Vorkommen subjektiver Beschwerden, wie wir sie von Neurotikern klagen hören, spricht in gleichem Sinne. Schliesslich ist auf die weitgehende Abhängigkeit des Zustandes von der Umgebung besonders hinzuweisen.

#### d) Der Kleinmut.

Zu den wichtigeren Symptomen der Melancholie gehört das Gefühl der Insuffizienz, die innere Unsicherheit und der Kleinheitswahn. Alle drei sind psychologisch miteinander nahe verwandt.

Andeutungen dieser Erscheinungen können sich nun innerhalb der depressiven Anlage als Charaktereigentümlichkeiten zeigen und sie verleihen dann der betroffenen Persönlichkeit eine so ausgeprägte Eigenart, dass man von einer besonderen Variation der depressiven Anlage zu sprechen berechtigt ist.

Wn., jetzt 62 Jahre alt. Jurist. (Dem Ref. seit 10 Jahren bekannt.) Ueber Erblichkeit konnte nichts erfragt werden. Eine Tochter des Pat. soll zirkulär sein.

Wn. selbst hat sich aus kleinen Verhältnissen emporgearbeitet. War von Jugend auf ängstlich und aufgeregt. Literarisch ist er mit Erfolg tätig gewesen, hat auch als Jurist ein sicheres Brot, ist aber nicht reich geworden.

Im Jahre 1917 hat er eine Melancholie von etwa 10 monatiger Dauer durchgemacht.

So lange ich den Pat. kenne, bot er mit Ausnahme der Zeit der Melancholie immer dasselbe Bild:

Er war ein kleiner, dürrig und etwas unordentlich gekleideter Mann mit eckigen Bewegungen, dem man die innere Unsicherheit schon vom Gesicht ablesen konnte. Jeden, der sein Amtszimmer betrat, begrüsst er mit tiefen Bücklingen, war peinlichst bemüht, die richtigen Titel bei der Anrede zu brauchen, liess auf der Strasse seine Begleiter stets rechts neben sich gehen und erschien auch dann beglückt, wenn er von Leuten, die weniger waren als er selbst, angeredet wurde.

Er widersprach fast nie, stimmte anderen in der Unterhaltung auch dann meist zu, wenn sie Unsinn redeten, und äusserte nur selten eine eigene Meinung.

Auf andere nahm er über Gebühr Rücksicht, auf sich selbst nie. Es fiel ihm sehr schwer, im Beruf sowohl, wie im Privatleben, fremden Menschen Wünsche abzuschlagen, mochten sie auch noch so unberechtigt sein. Takt-

losigkeiten gegenüber war er wehrlos. Er ist von vielen Menschen ausgenutzt worden, während er für sich selbst schwer bitten oder gar fordern konnte. So hat er viel Gutes getan, aber nur wenig Gutes erfahren.

Es besass ein umfangreiches Wissen, war sicher klüger als die Mehrzahl seiner Amtsgenossen, und urteilte treffend, so lange er unbeeinflusst war. Sobald aber jemand energisch und bestimmt auf ihn einredete, dann wurde er sehr leicht schwankend und es gelang nicht selten, ihn zu einer seiner ursprünglichen Ansicht entgegengesetzten Meinung zu bekehren.

Seine Stimmung war leicht gedrückt. Er suchte dieselbe nach aussen hin meistens zu verbergen. Wer ihn näher kannte, dem entging die Depression aber nicht.

Körperlich hatte er einen Herzfehler.

Nach den Mitteilungen von Studien- und Amtsgenossen hat Wn. von Jugend auf das gleiche Verhalten gezeigt.

Der Nachweis der Zugehörigkeit des Falles zur manisch-depressiven Anlage ist durch die von mir selbst beobachtete Melancholie erbracht. Der Umstand, dass eine Tochter des Pat. zirkulär sein soll, kann diese Annahme nur wahrscheinlicher machen.

Das Wesentliche an der Persönlichkeit des Wn. besteht in einer Unterschätzung des eigenen Wertes, innerer Unsicherheit und einem deutlichen Insuffizienzgefühl. Diese Erscheinungen bewirken, dass er den unbedeutendsten Menschen gegenüber sehr devot ist, im Urteile leicht beeinflusst werden kann und im Leben nicht die Erfolge zu verzeichnen hat, die seinen Kenntnissen entsprechen.

Dass diese Erscheinungen mildere Formen einiger Symptome der Melancholie sind, habe ich schon oben gesagt. In unserem Falle trat diese Tatsache besonders deutlich hervor, als die Anlage sich zu einer ausgesprochenen melancholischen Krankheitsphase steigerte. Da waren es wieder die gleichen Krankheitszeichen, die dem klinischen Bilde seine besondere Färbung gaben.

Ich möchte das Kapitel der depressiven Anlage nicht schliessen, ohne nochmals kurz auf die Denkstörungen einzugehen, die ihr eigen sind.

Waren wir bei der Ideenflucht und ihren Vorstadien im Zweifel, ob eine Beschleunigung des Vorstellungsablaufes anzunehmen ist, so sind die Bedenken dagegen, dass bei der Depression eine Verlangsamung des Denkens eintritt, geringer. Bei den schweren Melancholien können wir uns davon ohne Zeitmessung überzeugen und die depressiv Veranlagten klagen uns oft, dass das Denken langsamer gehe und ihnen schwer falle.

Der Ablenkbarkeit bei den manischen Zuständen steht ein Klebenbleiben an einzelnen Vorstellungen und Gedanken bei der depressiven

Anlage gegenüber. Und während schon der leicht Manische durch äussere Eindrücke und die reichlich ihm zufließenden Gedanken vom Hauptwege in Seitenpfade hineingeführt wird, kann beim Depressiven auch durch sehr aufdringliche Eindrücke die Aufmerksamkeit nicht gefesselt werden, ihn beherrscht zu stark der Gedanke an die eigene Person und an seinen krankhaften Zustand.

Der Depressive bildet zwar Obervorstellungen, aber nur spärlich<sup>1)</sup>, weil die Verwertung des Erfahrungsschatzes behindert ist, und er kann sich von der einzelnen Vorstellung viel schwerer ablösen, wie der Gesunde und der Manische. Es fehlt ihm auch — von den bekannten Ausnahmen abgesehen — das Plus an Gedanken<sup>2)</sup>, von dem uns der Maniakus berichtet. Zum Teil aus diesem Grunde gewinnt die einzelne Vorstellung bei ihm eine erhöhte Wertigkeit.

Bei der Auswahl der Obervorstellungen werden vom Depressiven solche bevorzugt, die den eigenen Zustand betreffen. Pathologische Einfälle werden kaum jemals beobachtet, sein Ideenkreis ist ein viel engerer, wie bei seinem beweglicheren Gegenstück.

Alles in allem ist also das Denken des Depressiven in derselben Weise gestört wie sein Handeln. Es stellt das Negativ zu dem Positiv dar, das uns der Hyperthyme bietet.

Ich habe diese an sich bekannten Tatsachen hier absichtlich noch einmal zusammengestellt, weil ich den Eindruck habe, dass bei den differentialdiagnostischen Erwägungen mancher Autoren gerade diese Denkstörung zu wenig berücksichtigt wird.

Manisch oder melancholisch veranlagt ist nicht ein Mensch, der konstitutionell heiter bzw. traurig ist, sondern wir müssen bei ihm zum mindesten andeutungsweise die Denkstörungen finden, von denen soeben die Rede war. Nicht die affektive Störung allein ist das Wesentliche, neben ihr und mit ihr völlig gleichberechtigt steht vielmehr die Denkstörung und das motorische Verhalten.

Diese Denkstörungen spielen meiner Ansicht nach für das Verständnis der Beziehungen zwischen manisch-depressiver Anlage und den Zwangsvorstellungen eine ganz hervorragende Rolle. Wir werden darauf in einem besonderen Abschnitt noch zurückzukommen haben.

Sie geben uns auch die Möglichkeit, eine Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins von der chronischen Paranoia vorzunehmen, wie gleichfalls in dem zweiten Teil dieser Arbeit erörtert werden soll.

---

1) Einer unserer Kranken sagte: „Man findet die Zusammenhänge nicht mehr so.“

2) Derselbe Kranke äusserte: „Es fällt einem nichts mehr ein.“

Schliesslich werden wir sie auch bei der Unterscheidung der zirkulären Psychosen von den reaktiven Zuständen und der Dementia praecox als wichtiges Hilfsmittel kennen lernen.

### c) Mischzustände.

Bei der Darstellung der Grundzustände bringt Kraepelin als vierte Form die zyklotyme Veranlagung und er beschreibt als solche jene Persönlichkeiten, die durch ein mehr oder minder regelmässiges Hin- und Herschwanke zwischen den beiden Polen Erregung und Depression gekennzeichnet sind.

Wilmanns betont in seiner Beschreibung besonders, dass Vermischungen von manischen und depressiven Störungen häufig vorkommen und dem Anfall vorübergehend oder längere Zeit hindurch eine besondere Färbung geben können.

Ausführlicher hat sich mit den zirkulären Erkrankungen Reiss beschäftigt. Er beschrieb vorwiegend die zyklotymischen Verlaufsformen. Unter seinen Beispielen finden sich aber manche, die Mischformen im Sinne Kraepelin's und Weygandt's darstellen.

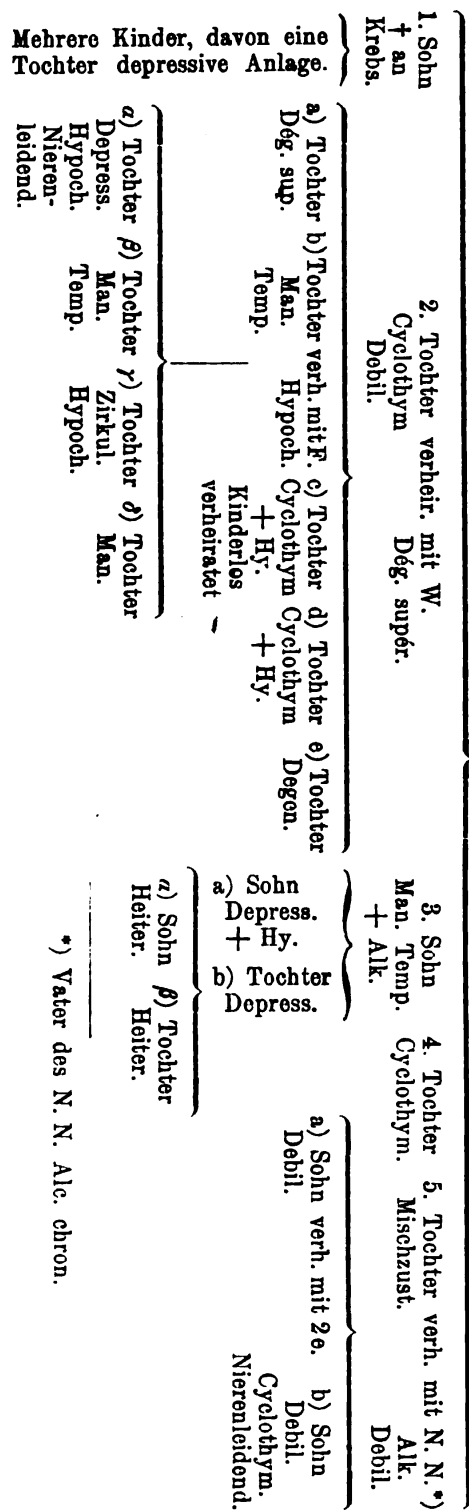
Wie bei den ausgeprägten Krankheitsbildern die Mischzustände sehr komplizierte Verbindungen von manischen und depressiven Symptomen darstellen, so dass bisher nur die Abgrenzung einzelner, häufiger vorkommender Zustandsbilder gelungen ist — ich verweise auf die Arbeiten von Weygandt und Stransky —, so gelingt es bei der zyklotymer Veranlagung dem Einzelnen auch nicht, alle wichtigeren Typen zur Darstellung zu bringen. Ich beschränke mich deshalb auf die Beschreibung derjenigen, die in einer gewissen Beziehung zu den früher angeführten Fällen stehen, bin mir dabei aber der Unvollständigkeit dieses Abschnittes besonders bewusst.

Ich möchte folgende vier Typen bringen:

1. solche Personen, die nacheinander manische und melancholische Symptomenkomplexe als Persönlichkeitsinhalt darbieten. Ich nenne sie die Alternierenden;
2. solche, die mehr manische als depressive Symptome im Zustandsbild aufweisen;
3. diejenigen, bei denen die depressiven Symptome überwiegen und
4. periodisch Paranoide.

Dass diese Gruppierung eine künstliche ist, weiss jeder, der solche krankhaften Persönlichkeiten gesehen hat. Sie erhält eine gewisse Berechtigung nur dadurch, dass sie uns gestattet, einen tieferen Einblick in die Vererbungsverhältnisse zu gewinnen.

|                  |   |                           |
|------------------|---|---------------------------|
| Frau N. R.       | — | Herr N. R.                |
| Period. Melanch. |   | (nichts Näheres bekannt). |



### 1. Die alternierenden Formen.

In Analogie zu der ausgeprägten periodischen Manie und Melancholie sowie dem zirkulären Irresein gibt es bei einzelnen Personen Schwankungen des Charakters, die milder sind, nie den Eindruck einer wirklichen Geistesstörung erwecken und sich dabei doch nur graduell von den schweren Formen unterscheiden. Einen solchen Typus bildet die Familie M. R., deren Stammbaum ich nebenstehend wiedergebe.

Zur Erläuterung des Stammbaumes habe ich folgendes hinzuzufügen:

Die als cyclothym bezeichneten Personen sind — von kleinen Schattierungen abgesehen — dadurch gekennzeichnet, dass depressive und ganz leichte manische Zustände bei ihnen wechseln. Während der depressiven objektiv geringe körperliche Leistungsfähigkeit, ständiges Müdigkeits- und Schwächegefühl, schlechter Schlaf, grosse Empfindlichkeit anderen gegenüber, Lebensmüdigkeit, manchmal Denkerschwerung, Gefühl innerer Unsicherheit, Skrupeln, Menschenscheu.

In den hyperthymen Zeiten leichte motorische Unruhe, sehr rege gesellschaftliche Betätigung. Sie geben dann eine Reihe Gesellschaften hintereinander und besuchen solche gern. Im Hause wird grosses Reine-machen inszeniert, wobei sie selbst sich mit ungewohnten Kräften beteiligen. Es besteht Neigung zu kleinen Intriguen und Hetzereien, die zu Auseinandersetzungen mit dem Personal führen. Gelegentlich werden unzweckmässige und unnötige Einkäufe gemacht. Manches, was ihnen in den depressiven Zeiten gleichgültig ist, wird jetzt als begehrenswert angesehen. Eine der in Betracht kommenden Personen drängt sich dann auch gern an Höherstehende heran. Es besteht Neigung zum Flirten, Unternehmungslust, Freude am Reisen.

Bei einigen weiblichen Mitgliedern sind daneben auch hysterische Symptome, wie vereinzelte Anfälle, psychogene Darmspasmen (bei Tante und Nichte), beobachtet worden, bei 2 d auch Uterusblutungen mit gleichzeitigen Anfällen, die beide sofort sistierten, als die Pat. aus einer unangenehmen Situation, in der sie sich befand, befreit wurde.

Bemerkenswert ist, dass im Frühjahr und Herbst, manchmal allerdings auch ausserhalb dieser Zeiten, bei zwei von den Frauen sich deutlichere Depressionen, einzustellen pflegen.

Bei einer von diesen beiden treten in den Depressionen, aber auch ausserhalb derselben, Gedanken an den Tod von Jahr zu Jahr stärker hervor. Es ist bei diesen beiden auch eine gewisse Progression, oder richtiger ausgedrückt, eine mit den Jahren zunehmende Verstärkung der pathologischen Charaktereigenschaften zu bemerken, ebenso bei 2 d, die einmal eine schwere Melancholie gehabt hat. (Pat. ist jetzt 31 J. alt).

Besonders interessant war es, an Hand direkter Beobachtung und der vorhandenen Familienbilder der Frage nachzugehen, wie weit Körperbau und Gesichtszüge einerseits, psychische Eigenschaften andererseits von jedem der Eltern vererbt waren.

Es zeigte sich z. B., dass 2 a das Temperament vom Vater, die Neigung zur Adipositas, das breite Becken und einzelne charakteristische Bewegungen von der Mutter hatte. 2 c entsprach in psychischer Beziehung fast ganz der Mutter, der Knochenbau gleichfalls. Es fehlte die Adipositas. In den Gesichtszügen waren deutliche Uebereinstimmungen mit denen des Vaters zu erkennen.

2 e hatte das Temperament vom Vater, den Knochenbau und die Neigung zur Adipositas von der Mutter, die Gesichtszüge teilweise vom Vater.

2 a und e hatten musikalische Neigungen und die Befähigung dazu vom Vater ererbt.

In dem Zweig 5 ist die Debilität aus der Aszendenz des Vaters in die Familie gekommen. Beide Söhne haben Körperbau und eine ganz charakteristische Besonderheit der Körperhaltung von ihm geerbt. Dazu finden sich bei 5 b zylothyme Phasen durch Vererbung von der Mutter.

Interessant ist ferner, wie sich die verschiedenen psychischen Anlagen der Eltern bei 2 weiter vererben. Zwei Töchter entsprechen dem Vater, zwei der Mutter, die fünfte hat ein manisches Temperament. Die Töchter dieser letzteren zeigen gleichfalls zur Hälfte ein manisches Temperament.

Schliesslich ist auch noch auf eine körperliche Erscheinung hinzuweisen, nämlich auf das regelmässige Auftreten einer Albuminurie nach körperlichen Anstrengungen bei 2 b und 5 b. —

Zu den alternierenden Formen gehören auch Fälle, in denen während der Depression eine Reihe körperlicher Beschwerden im Vordergrund stehen, dass sie die psychischen Symptome fast ganz verdecken. Die endogene Entstehung, das Rezidivieren, das Auftreten hyperthyrer Phasen und auch die gleichartige Belastung führen die Diagnose auf den richtigen Weg.

Besonders erwähnen muss ich weiter noch zwei Frauen (25 und 62 Jahre alt), bei denen sich in den Depressionen ausserordentlich starke, die Kranken sehr belästigende Sensationen in den Genitalien einstellten, die zu häufigem Orgasmus führten, die die Pat. auch zu onanistischen Manipulationen veranlassten und gleichzeitig Befürchtungen bei ihnen erweckten, dass ihnen die letzteren schaden könnten.

Eines zeichnet die Vertreter dieser Gruppe von Mischformen ganz

besonders aus, sie kommen im praktischen Leben schlecht zurecht. Ihre Ungleichmässigkeit bewirkt, dass sie minderwertige, unzuverlässige Arbeiter sind. Die während der hyperthymen Phasen bestehende Neigung, sich über erlassene Vorschriften hinwegzusetzen und einmal getroffene Anordnungen grundlos umzustossen, macht sie zu unangenehmen Vorgesetzten und schwierigen Untergebenen, letzteres besonders dann, wenn während der Hyperthymie starke Selbstüberschätzung sich mit Neigung zum Querulieren und Intriguieren verbindet.

In manchen Stellungen, z. B. als Richter sind diese Kranken geradezu unmöglich, weil sie, wie oben ausgeführt wurde, kein selbstständiges Urteil haben, leicht beeinflussbar sind, heute die Parteien unverdient schlecht behandeln und wenige Wochen später ein Spielball in den Händen der Parteivertreter sind.

## 2. Fälle mit überwiegend manischen Symptomen.

In der ersten Gruppe hatten wir Formen besprochen, die dadurch ausgezeichnet waren, dass nacheinander dys- und hyperthyme Zustände — wenn auch nicht in regelmässigem Wechsel — sich ablösten. Wir haben nur diejenigen Fälle zu besprechen, in denen die hyperthymen Symptome im Zustandsbilde überwiegen.

Auch dabei werden wir Gelegenheit haben, auf das Erblichkeitsproblem einzugehen.

P., jetzt 35 J. alt, Bruder von C. (s. Man. Anlage). Körperlich schwächlich. Zunächst in der geistigen Entwicklung nicht beeinträchtigt. Galt in der Schule als liebenswürdiger und durchschnittsbegabter Schüler von guter Erziehung.

1898 schwere Lungenentzündung. Einige Zeit später stellten sich Anzeichen psychischer Erschöpfung ein. Er begann nachlässig zu werden, seine Leistungen liessen nach. Oft trat ein eigentümliches Lächeln auf. Sein Wesen wurde angeblich zerfahren. Alle Versuche, ihn über das Einjährige hinauszubringen, misslangen. P. schlief „unnatürlich“ viel und hatte für den Unterricht keine Interesse.

Allmählich erregt. Lief zu Hause nackt herum, ohne Rücksicht auf das Personal zu nehmen. Schlug die Mutter. Deshalb 1908 vorübergehend Anstalt. Hier wechselnd. Machte viele Pläne, die er alle wieder fallen liess. Wollte sich für einen Beruf vorbereiten. Seine Arbeit machte aber den Eindruck des Spielens. Starke Selbstüberschätzung. Hielt sich für einen bedeutenden Mann mit grosser Zukunft. Wollte grosser Schauspieler werden, aber nur in Stücken auftreten, die er selbst geschrieben hatte. Die Religion erklärte er „ohne Weiteres für Unsinn“. Goethe's Faust war „nichts wie Blödsinn“. „Der Kerl simpelt nur über Dinge, die jeder vernünftige Mensch in seinem Katechismus lesen kann.“



In seinem Aeusseren übertrieben elegant, badete 4mal täglich, kleidete sich auffällig, kaufte die teuerste Kosmetika in Massen, verschleuderte grosse Summen. Wollte sein ganzes Vermögen möglichst rasch ausgeben, um sich dann aus eigenen Kräften eine Existenz zu schaffen.

Dabei ausgesprochene Schmutzfurcht. Beriecht alles, ob es stinkig ist, will in bestimmten Wannen nicht baden. Fürchtet sich aus Angst vor Schmutz, anderen Menschen die Hand zu geben. Hat er das getan, dann wäscht er sich oft die Hände. Schimpft auf Lehrer, Eltern, Erzieher in sehr despektierlichen Ausdrücken. Treibt sich mit Halbweltdamen öffentlich umher.

Nach Abflauen der Erregung bleibt folgender Zustand zurück, in dem er sich seit Jahren befindet.

P. zieht ruhelos von Ort zu Ort. Dabei bevorzugt er einsam gelegene Gebirgsorte besonders, geht aber gelegentlich auch in erstklassige Hotels, meidet allerdings stets die Gesellschaft, welche er dort findet. Mit Vorliebe freundet er sich mit Holzknechten, Bauern und ähnlichen Persönlichkeiten an, denen er gelegentlich auch bei der Arbeit hilft. Bekleidet geht er, ohne Rücksicht auf die Umgebung mit ganz kurzen Hosen und einem Hemd, wozu im Winter ein grüner Hut, Strümpfe, ein Stock und Nagelschuhe kommen.

Hohe Selbsteinschätzung, grosse Empfindlichkeit. Gegen Bediente fast stets hochfahrend. Politisch ultra-radikal. Gegen Behörden sehr erbittert. Alles, was ihm nicht passt, belegt er mit den gröbsten Ausdrücken.

Nimmt Luft-, Wasser- und Sonnenbäder, wo es ihm gefällt. Stossen sich Passanten an seinem unbedeckten Zustand, dann schimpft er in grober Weise. Vor 1½ Jahren lief er einem Gendarm der in deswegen aufgeschrieen hatte, durch das ganze Dorf nach, ihm das blanke Gesäss hinhaltend.

Abspringend im Denken. Wechselnd im Urteil.

Keine Stereotypen, keine Katalapsie, keine Zerfahrenheit im Denken. Grimassen und Manieren fehlen.

Hypochondrisch veranlagt. Die besondere Kleidung trägt er aus gesundheitlichen Gründen, hat in verschiedenen Gegenden Süddeutschlands Blockhütten, in denen er wohnt, wenn er dorthin kommt. Trainiert sich systematisch. Lebt sehr mässig. Meidet Alkohol und Frauen ganz.

Dabei skrupulös. Denkt viel über religiöse Fragen nach. Steht mit mehreren Geistlichen in Korrespondenz, denen er seine Gewissensskrupel ausinandersetzt. Geht sehr oft beichten. In pekuniärer Beziehung sehr sparsam.

Die Mutter ignoriert er seit Jahren, weil sie ihm einige Male den Willen nicht getan hat. Die Berater der Mutter erklärt er für „finstere Genossen“, weil sie ihm nicht bedingungslos zustimmen.

Es ist interessant, den P. mit seinem Bruder C. zu vergleichen. Während letzterer sein Lebenlang ausgesprochen hyperthym war, finden wir in der ersten Jugend bei P. nichts Besonderes. Mit 14 Jahren setzt dann ein Zustand ein, gekennzeichnet durch zunehmende Selbstüberschätzung, Unruhe, Plänemachen, Hang zu Aeusserlichkeiten und Ablenkbarkeit, der sich vorübergehend zu einer richtigen Manie auswächst,

um dann einem Nebeneinander von manischen, depressiven und hypochondrischen Erscheinungen Platz zu machen, der sich als Dauerzustand etabliert.

Wir haben motorische Unruhe, die sich durch ein fortwährendes Umherwandern mit häufigem Wechsel des Wohnsitzes zu erkennen gibt, hohe Selbstüberschätzung, heitere Stimmung verbunden mit grosser Reizbarkeit, Neigung zu masslosem Schimpfen, abspringendes Denken einerseits, Skrupulosität, lächerliche Sparsamkeit, Menschenscheu andererseits. Dazu kommt noch die hypochondrische Komponente seines Wesens, die den Patienten veranlasst, tatsächlich die verschiedensten Liegekuren zu machen und Luft-, Sonnen- und Wasserbäder zu nehmen, zu deren Ausführung er meilenweit läuft.

Es liegt also jetzt ein Nebeneinander von manischen, depressiven und hypochondrischen Symptomen vor.

Eine Schizophrenie kommt deshalb nicht in Betracht, weil die Persönlichkeit des P. im Sinne einer Dementia praecox nicht verändert ist, katatone Erscheinungen ganz fehlen, der Pat. ausserdem jede seiner Handlungen zu motivieren vermag, wenn auch in seiner etwas verschrobenen Weise.

Im Sinne unserer oben angegebenen Diagnose spricht auch die gleichartige Belastung und der Umstand, dass die Persönlichkeit des Bruders in vieler Beziehung derjenigen des P. gleicht.

Es handelt sich also wirklich um eine Persönlichkeit, deren wichtigste Eigenschaften aus nebeneinander bestehenden manischen und depressiven Symptomen zusammengesetzt ist.

Im Gegensatz zu dem Bruder C. hat P. im Laufe seines Lebens erhebliche Wandlungen durchgemacht. Er hat aber mit C. und dem Vater dauernd verschiedene Züge, z. B. die Reizbarkeit und hohe Selbsteinschätzung gemeinsam.

Von der Mutter haben P. und C. psychisch nichts Hervorstechendes. Dagegen gleicht die Statur und Gesichtsbildung beider der Mutter auffallend, während eine bisher nicht erwähnte Tochter körperlich vorwiegend dem Vater, psychisch der Mutter gleicht. —

Erheblich wechsellvoller und verwickelter, als in dem Falle P. gestaltet sich das Charakterbild bei einem Zweige der nun zu besprechenden Familie Ho.

A. Ha., Prof. der Medizin an einer Universität (1771—1832). Heitere, lebensfrohe Natur, beliebter Arzt. Den eigenen Angehörigen gegenüber streng bis zur Grausamkeit. Bei seinen Strafen ging er geradezu raffiniert vor. Eine Tochter, die spätere verehelichte Ho., tat er nach einem häuslichen Streit zu einem armen Schuster.

Ha. war zweimal verheiratet. Aus der ersten Ehe stammt Wilhelmine Ho. Ueber deren Deszendenz ist Folgendes bekannt:

5 Kinder starben in früher Jugend, darunter litt eins an Hydrozephalus. Der sechste Sohn starb als Soldat. Ueber die übrigen Kinder gibt der nachstehende Stammbaum Auskunft.

Wilhelmine Ho.

|                                                          |                                                                       |                                                         |                                                 |                                                       |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 7. Mädchen.<br>Nervös,<br>weinerlich,<br>übelnehmerisch. | 8. Mädchen.<br>Konnte im Leben<br>nicht fertig werd.<br>Misstrauisch. | 9. Mädchen.<br>Nervös,<br>empfindlich,<br>heiter.       | 10. Sohn.<br>Nervös,<br>wehleidig.              | 11. Sohn.<br>Zirkulär<br>In der Anstalt<br>gestorben. |
| a) Sohn (Gym.-Prof).<br>Cyclothyme.                      |                                                                       |                                                         | b) Sohn.<br>Vagant.<br>Ethisch<br>minderwertig. | c) Sohn.<br>Examensangst.<br>Jähzornig, nervös.       |
| a) Sohn.<br>Zwangsvorstellung.<br>Cycloth.               | β) Tochter.<br>Begabt, unliebens-<br>würdig, nervös.                  | γ) Sohn.<br>Leicht schwachsinnig.<br>Zwangsvorstellung. |                                                 |                                                       |

(Von dieser Gruppe habe ich a, α, γ persönlich untersucht, von 11 die Krankenakten eingesehen.)

Ueber Wilhelmine Ho. selbst wird berichtet, dass sie stets weinerlich gewesen ist, und in einen Depressionszustand, in dem sie „Busse tun wollte“, verfiel, als ihr jüngster Sohn in die Irrenanstalt gebracht wurde.

Die Deszendenten des A. Ha. aus zweiter Ehe boten folgendes Bild:

A. Ha.

|                                                          |                                                                      |                                                                |                                |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Sohn.<br>† an Herzschlag.<br>Näheres unbekannt.       |                                                                      | 2. Sohn.<br>Ueberbegabt. Erreicht<br>trotzdem im Leben nichts. |                                |
| 1. Sohn.<br>Musikalisch, unstet.<br>Endet in Australien. | 2. Sohn.<br>Viel gereist, nichts<br>erreicht. † durch<br>Selbstmord. | 3. Sohn.<br>Nichts Näheres be-<br>kannt.                       | 4. Sohn.<br>Wunderliche Ehe.   |
| 5. Sohn.<br>Nervös.                                      | 6. Sohn.<br>Wunderlich.<br>Deserteur in Süd-<br>amerika †.           | 7. Sohn.<br>Nervös. † durch<br>Selbstmord.                     | 8. Sohn.<br>Näheres unbekannt. |

Wenn ich die Familie Ha. hier erwähne, so geschieht es, weil der Zweig a, mit den Deszendenten α—γ auch in dies Kapitel gehört.

Der Vater leidet seit Jahren an Zwangsvorstellungen und Depressionen. Von Zeit zu Zeit werden diese letzteren durch hypomanische Zustände unterbrochen. Als ich ihn zuletzt sah, war er hyperthym und hatte daneben Zwangsvorstellungen.

Der älteste Sohn (d) ist Student der Kunstgeschichte will Maler werden. 22 Jahre alt.

Er zeigt deutlich gesteigertes Selbstgefühl, posiert etwas, hat andere Menschen, auch höherstehenden gegenüber etwas wohlwollend Herablassendes. Namentlich den Frauen fühlt er sich sehr überlegen.

Er beschreibt selbst, dass er meist — aber nicht ständig — einen grossen Ideenreichtum besitze und dass in seinem Denken ein Gedanke den anderen jage. Er habe auch beobachtet, dass, wenn er zu einem Bilde mehrere Skizzen entwerfe, die erste der zweiten, diese der dritten, die dritte der vierten in vieler Beziehung gleiche. Wenn man aber die erste und vierte nebeneinander halte, dann finde man wenig oder gar nichts Uebereinstimmendes.

Neben diesen eindeutig manischen Zügen klagt er andererseits darüber, dass er an allem zweifeln müsse, was er beginne. Er müsse jede Sache mehrere Male anfangen.

Ständig verspüre er eine so grosse Müdigkeit und müsse so viel schlafen, dass er erst um 12 Uhr aufstehe. Das Entsetzlichste seien überhaupt die Morgenstunden.

Gesellschaft sei ihm im allgemeinen entsetzlich. Manchmal habe er geradezu einen Menschenhass. Wenn er sich mit einem Menschen angefreundet habe, dann verkehre er anfangs mit ihm ziemlich viel. Bald stellten sich aber negative Gefühlstöne ein, und dann sei es vorbei.

Alle die bisher geschilderten Erscheinungen beständen nebeneinander. Bald träte die eine, bald die andere mehr hervor. Daneben habe er Zeiten, in denen eine „Hausse in der Produktivität“ bestände, umgekehrt beherrsche ihn manchmal das Gefühl absoluter Sterilität. Er könne dann überhaupt nichts tun.

Der jüngste Sohn hat spät sprechen gelernt und ist debil. Die Vererbung der Debilität stammt (wie der Vater spontan berichtet) aus der Familie der Mutter. Körperlich bietet er einige Tics im Gesicht.

Psychisch finden sich neben der Debilität Zwangsvorstellungen. Pat. muss alle Papierschnitzel, Zwirnsfäden usw., die er liegen sieht, aufheben.

Wenn er telefonieren soll, wird er so aufgeregt, dass er nicht ordentlich sprechen kann und auch nicht versteht, was der andere Teilnehmer sagt. Für die Schule arbeitet er sehr fleissig, trotzdem kommt es vor, dass er gut vorbereitete Aufgaben am nächsten Tage nicht vortragen kann, weil er seine „Gedanken nicht zu ordnen“ vermag. Er wird dann unsicher, dass er zittert und bebt. Auf experimentell-psychologischem Wege hat einer seiner Lehrer bei ihm auch eine erhöhte Ablenkbarkeit festgestellt.

Es gibt ferner Zeiten, wo er das Gefühl hat, dass er nicht zurecht kommen kann.

Diesen Angaben, welche der Vater bestätigt, entspricht auch das scheue Wesen des Kranken. Er tritt unsicher auf und macht einen ängstlichen und traurigen Eindruck.

Was zunächst das rein Klinische angeht, so ist am interessantesten der älteste Sohn des a, weil er ganz verwickelte Verhältnisse darbietet.

Wir haben neben- und durcheinander: Gesteigertes Selbstgefühl, Neigung zum Posieren, Ueberproduktion an Gedanken und Andeutungen von Ideenflucht, Zweifelsucht, Erschwerung des Arbeitens, Müdigkeitsgefühl, Menschenscheu, Zwangsvorstellungen.

Diese Symptome treten in dem Charakterbilde des Patienten so verschiedenartig und wechselnd hervor, dass der Kranke sich dem Beobachter alle Augenblicke anders präsentiert und völlig unberechenbar in seinen Entschlüssen ist, der Familie auch nicht geringe Schwierigkeiten bereitet.

Es handelt sich also auch hier um ein Nebeneinanderbestehen von manischen und dysthymischen Symptomen, also um einen Mischzustand, der, wie wir weiter gesehen haben, periodenweise durch mehrwöchige Phasen rein depressiver oder hyperthymischer Art ersetzt werden kann, so dass wir als Charakteranlage bei demselben Individuum alle drei Gruppen von manisch-depressiven Komplexen finden, die man gewöhnlich unterscheidet.

Bei diesen Fällen ist also das, was wir Charakter nennen, nichts Stabiles, Dauerndes, sondern es wechselt, z. T. sogar kaleidoskopartig und zwar nach Gesetzen, die wir nicht kennen, von denen wir nur eins wissen, nämlich, dass äussere Erlebnisse keinen Einfluss auf diesen Wechsel haben.

Ich habe diese Mischformen unter Künstlern, Schauspielern und Dichtern, sowohl den ernst zu nehmenden, wie denen, die sich unberechtigter Weise so nennen, öfters gefunden. Es sind die typischen Bohéménaturen. —

Bezüglich des anderen Sohnes ist nur eines an dieser Stelle zu sagen, nämlich, dass die Debilität aus Vererbung von einer Seitenlinie herrühren soll. Dass er im übrigen sichere manisch-depressive Symptome hat, bedarf angesichts des subjektiven Insuffizienzgefühles, der zeitweiligen Ablenkbarkeit, der Aengstlichkeit, der öfteren Erschwerung seiner Denktätigkeit und der Zwangsvorstellungen keiner weiteren Begründung.

Wir wissen von der anderen Linie zwar nicht viel positive Tatsachen und doch ist das, was wir ermitteln konnten, wenn wir die ganze Familie betrachten, nichts weniger als belanglos.

Von 8 Geschwister enden 2 durch Selbstmord, zwei weitere sind durch die Unstetheit ihrer Lebensführung, die sie bis in überseeische Länder führte, aufgefallen. Auch der Umstand, dass trotz guter Begabung die meisten Mitglieder dieses Zweiges im Leben nichts erreicht haben, ist erwähnenswert. Die sechs Kinder jenes Zweiges, von denen wir überhaupt Nachrichten haben, bieten demnach irgendwelche Be-

sonderheiten, von denen die Selbstmordneigung und das unruhige Herumziehen besonders wichtig sind.

### 3. Fälle mit mehr depressiven als manischen Erscheinungen.

Schon in der Familie Ho. waren depressive Beimischungen deutlicher als in dem Falle P. Es gibt nun ganze Familien, in denen die dysthymen Erscheinungen dominieren. Von ihnen soll in diesem Abschnitt die Rede sein.

| Familie Ko.                                                   |                                                                                                            |                                                                             |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Vater Ko.                                                     | Typus des Kleinmütigen.                                                                                    | Mutter o. B.                                                                |                                                                                         |
| 1. Tochter.<br>Stottert, depressiv, unsicher, hypochondrisch. | 2. Tochter.<br>Hat drei schwere Attacken halluzinatorischer Verwirrtheit gehabt. Aeussere Anlässe fehlten. | 3. Tochter.<br>Mischzustand mit Skrupeln u. hypochondrischen Erscheinungen. | 4. Tochter.<br>Depressiv, stottert. Anfallsweise auftretende psychasthenische Komplexe. |
|                                                               | 5. Sohn.<br>Hyperthym.                                                                                     | 6. Tochter.<br>Hyperthym.                                                   | 7. u. 8.<br>Leicht hyperthym.                                                           |

In dieser Familie ist zunächst bemerkenswert, dass die jüngsten Mitglieder alle eine heitere Stimmungslage aufweisen. Bei den beiden jüngsten (jetzt 10 und 12 Jahre alt) kann man diese Affektlage noch nicht deutlich als zu unserer Veranlagung gehörig erkennen.

Bei der unter 6 verzeichneten Tochter habe ich die charakteristische Weiterentwicklung selbst beobachten können. Ich habe sie noch als heiteres Kind gesehen, das nichts weiter, als eine harmlose Fröhlichkeit bot. Mit etwa 15 Jahren begann, rasch fortschreitend, die körperliche Entwicklung, insbesondere das Einsetzen der ersten Menses, die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale (Becken, Mammae). Gleichzeitig zunehmende Lebhaftigkeit. Pat. war zu Hause nicht zu halten, lief viel umher, besuchte Freundinnen, putzte sich, war zur Hausarbeit nicht zu bewegen, log, intriguierte unter den Geschwistern, verleumdete die Familie, gab unnötig Geld aus. Dabei allerlei körperliche Beschwerden.

Ein äusserer Anlass für diese Aenderung der Persönlichkeit war nicht zu ermitteln.

Etwa 2 Jahre später zunehmende Unsicherheit. Skrupulös, ängstlich, allerlei körperliche Beschwerden wie Hautjucken, Schwitzen, Kopfdruck. In diesem Zustande befindet sie sich jetzt seit 4 Jahren.

Die unter 4 erwähnte Tochter ist, solange ich sie kenne, depressiv, im Arbeiten nicht behindert, mitunter aber skrupulös. Sie hat vor dem Kriege eine Zeit von etwa 8 Monaten durchgemacht, in der sie traurig ängstlich war, an Gewicht stark abnahm, schlecht schlief, sich zum Essen nicht zwingen konnte; dasselbe widerstand ihr geradezu. Dazu schwitzte sie auffallend viel und klagte über Hautjucken, ohne einen Ausschlag zu haben. Nach Abklingen dieser Phase nahm sie an Körpergewicht wesentlich zu, das Becken wurde

breiter, es trat eine gewisse Adipositas ein. Seit dieser Zeit ist sie meiner Meinung nach auch etwas beweglicher. Das zeigt sich besonders daran, dass sie in der letzten Stellung nicht mehr so viel innere und äussere Schwierigkeiten zu überwinden hatte, wie in den früheren.

Nr. 3 ist der interessanteste Fall der ganzen Familie.

Körperlich hat sie Zeichen von Rachitis. Im Alter von 18 Jahren bekam sie nach einem Schreck einen Anfall, der sich später noch in Abständen von 2 Jahren wiederholte. Daneben gelegentlich Schwindel- und Globusgefühl. Viel Wachträumereien z. T. erotischen Inhalts. Seit dem 17. Lebensjahr hat sie Hautjucken, das durch keines der bisher angewandten Mittel zu bekämpfen war, in seiner Stärke im übrigen erheblich wechselte.

Psychisch war die Pat. immer ein Sorgenkind. Sie lernte schwer, war ungewöhnlich unselbständig. Im Haushalt war sie — was bei der schlechten wirtschaftlichen Lage der Eltern doppelt ins Gewicht fiel — eine mindere Arbeitskraft, musste meist beaufsichtigt werden. Selbständig konnte man ihr nicht viel überlassen, einmal deshalb nicht, weil sie sehr umständlich war, bei jeder kleinen Verrichtung zehnmal und mehr fragte und sich Anweisungen geben liess, ehe sie sie ausführte, zum anderen aber deshalb, weil sie plötzlich umschlug, nichts tat, ruhelos umherlief, Freundinnen besuchte, erotische Bücher las, für nichts dauernd zu interessieren war, einmal in einer kurzen Phase dieser Art auch eine — platonische — Liebschaft mit einem notorisch Geisteskranken begann. Auch in diesen Zuständen der Erregung war sie skrupulös.

1914 Depression mit Selbstmordversuch. Sei doch zu nichts nütze. Die Familie habe nur Nachteile durch sie, könne sie auch gar nicht gut leiden. Gehemmt.

Nach 3 Monaten Mischzustand. Einige Tage heiter, unruhig, kümmert sich um alles, beobachtet alles. Intriguiert und hetzt. Dann Umschlagen in Depression mit Hemmung. Viel Skrupeln. Fragt beim Anziehen, wie sie es machen soll, kommt dem Arzt und dem Pflegepersonal zwanzigmal hintereinander mit denselben Fragen. Appetit- und Schlaflosigkeit, Schmerzen im Leib.

Diese Phasen lösen sich gegenseitig in 2—8tägigen Abständen ab. Dazwischen kurz dauernde Zeiten, wo sie motorisch unruhig, aber deprimiert war und sich Selbstvorwürfe machte oder mit einer geradezu zwangsmässigen Unruhe alles, was ihr begegnete, immer wieder besprach und das gesamte Personal mit den lächerlichsten Fragen quälte. Dabei bestand ausgesprochene Neigung zu hypochondrischen Befürchtungen.

Ihre Verwendbarkeit war infolgedessen nur eine relativ geringe. Sie ist einige Male als Wärterin kleiner Kinder beschäftigt worden, musste die Stellen aber aufgeben, wenn länger dauernde Dysthymien einsetzten.

Auch hier haben wir wieder eine Familie mit manisch-depressiver Anlage, die sich in den verschiedensten Formen zeigt.

Dasjenige Familienglied, welches ich am besten und längsten beobachten konnte, zeigt nun diejenigen Erscheinungen, die wir gerade in diesem Abschnitt besonders besprechen wollen.

Die Grundstimmung ist eine depressive. Neben ihr bestehen meist Skrupeln, innere Unsicherheit, Umständlichkeit und Langsamkeit bei der Ausführung einfachster Verrichtungen.

Daneben finden wir Zeiten, wo manische und depressive Zustände alternieren und zwar in ganz kurzen, nur Tage währenden Abständen und schliesslich haben wir ein Nebeneinandervorkommen von depressiven Symptomen und motorischer Unruhe, verbunden mit Rededrang.

Auf die neben und unabhängig von diesen manisch-depressiven Symptomen bestehenden hysterischen Erscheinungen sei hier nebenbei hingewiesen. Ich betrachte sie als zufällige Beimischungen, die auf ein affektbetontes Geschehnis im 18. Lebensjahr zurückzuführen sind.

Die hypochondrischen Klagen sind dagegen mit den eben erwähnten psychogenen Erscheinungen nicht zu identifizieren, gehören vielmehr in diesem Falle, ebenso wie bei der 4. Tochter, zum manisch-depressiven Symptomenkomplex.

Bei der eben genannten 4. Tochter stellen die hypochondrisch-asthenischen Beschwerden, die mit eigentümlichen körperlichen Symptomen vergesellschaftet waren (z. B. die periodische abnorme Schweisssekretion), geradezu somatische Aequivalente der Melancholie dar, die in ihrer Bedeutung einer dys- oder hyperthymen Phase gleichzusetzen sind. Dubois u. a. haben ähnliche Beobachtungen beschrieben.

Was nun die Erblichkeitsfrage anlangt, so zeigt die Familie Ko., dass fast alle vorkommenden Schattierungen des Manisch-Depressiven bei ihr vertreten sind. Besonders hinweisen muss ich dabei auf die zweite Tochter, die nach den Krankengeschichten (selbst habe ich sie nicht untersucht) drei Phasen „halluzinatorischer Verwirrtheit“ durchgemacht hat, bei denen exogene Schädlichkeiten nicht in Betracht kamen.

Nicht weniger interessant ist die Feststellung, dass je älter die einzelnen Mitglieder der Familie wurden, desto mehr sich die Charakterveranlagung dem Depressiven zuwandte.

Das Vorkommen hypochondrisch-asthenischer Symptomenkomplexe, die Skrupeln, die Art der körperlichen Entwicklung, alles das deutet darauf hin, dass hier auch wieder nicht nur die Krankheitsform im allgemeinen, sondern einzelne besondere Symptome oder Symptomengruppen sich fortgeerbt haben.

Die mehr somatischen Erscheinungen, denen wir nicht allein bei der Familie Ko. begegnet sind, sondern auch sonst im Verlaufe unserer Betrachtungen, legen uns immer wieder den Gedanken nahe, nach den Ursachen, die sie hervorrufen, zu suchen. Ich möchte mich hier damit begnügen, darauf hinzuweisen, dass wir bei den Erkrankungen gewisser Drüsen ähnliche Erscheinungen beobachten (die abnorme Schweiss-



sekretion z. B. bei Erkrankungen der Schilddrüse). Es wird notwendig sein, diesen körperlichen Abweichungen in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zu schenken und ihre Beziehungen zur inneren Sekretion zu prüfen. Vielleicht gelingt es auf diesem Wege, dem manisch-depressiven Irresein eine ähnliche präzise Umgrenzung zu geben, wie wir sie für die Paralyse durch die pathologische Anatomie und die ätiologischen Untersuchungen gefunden haben.

#### 4. Die Paranoiden.

In dem Kapitel manische Anlage habe ich einen manischen Querulanten geschildert. Bei Besprechung seiner Vorgeschichte ist bereits erwähnt, dass zwei seiner Brüder gleichfalls zirkulär seien und Neigung zu zeitweiliger paranoider Verarbeitung ihrer Erlebnisse zeigten. Da diese beiden Fälle Mischzustände darstellen, möchte ich sie an dieser Stelle beschreiben.

Z. Y., Geistlicher, 29 Jahre ( $1\frac{1}{2}$  Jahr beobachtet). War angeblich bis zum Jahre 1905 gesund. Damals begann eine Veränderung mit ihm. Es setzte ein Druck im Kopf ein, er musste viel grübeln, wurde reizbar und fühlte sich nicht verstanden. „Deshalb“ wochen- und monatelang verstimmt. Er ging dann zu seinen Vorgesetzten, quälte dieselben mit allen möglichen Fragen: Ob er bei seiner schwachen Konstitution überhaupt in der Lage sei, bestimmte Wissenschaften zu betreiben, ob er über dies oder jenes religiöse Problem richtig denke, ob er sich bei seiner seelsorgerischen Tätigkeit richtig verhalten habe und ähnliches. Mit solchen Fragen suchte er die Oberen dann häufig auf, gab sich mit einer Antwort nicht zufrieden, sondern fing von derselben Sache ohne Rücksicht auf Zeit und Ort immer wieder an.

Seine Leistungsfähigkeit nahm ab, er hatte subjektiv das Gefühl grosser Sterilität, musste viel ruhen, schlief schlecht und machte sich wegen seiner Gesundheit viel Sorgen. Keine Selbstvorwürfe. Dagegen Gefühl der Abnahme des Gedächtnisses, Appetitlosigkeit, innere Leere, Verlangsamung des Denkens, Entschlusslosigkeit.

Zu Zeiten änderte sich das Verhalten des Pat. nun. Er wurde dann, wie er es selbst ausdrückte, „wie sein Bruder“, d. h. er fühlte sich von seiner Umgebung „nicht verstanden“, wurde misstrauisch, glaubte, die Brüder und Vorgesetzten spotteten über ihn. Er beobachtete seine Umgebung scharf, zog aus bestimmten Vorkommnissen den Schluss, dass über ihn gesprochen würde, dass man ihn für krank hielt und ihm Schwierigkeiten in den Weg legen wollte, wurde unruhig. Er ging dann zu seinen Vorgesetzten, verlangte, dass Abhilfe geschaffen wurde, beschwerte sich über bestimmte Personen und brachte so Unfrieden in das Haus.

Nach einigen Wochen bekam er Krankheitseinsicht. Immer wieder stellte sich aber der alte Zustand ein, ohne dass ein äusserer Anlass vorhanden gewesen wäre.

In dem Falle Z. sehen wir zwei Zustandsbilder auf endogener Grundlage immer wiederkehren:

1. Depressionen mit Hemmung, Entschlusslosigkeit, objektiver und subjektiver Insuffizienz, schlechtem Schlaf, Appetitlosigkeit.

2. Vermehrte innere Unruhe, Misstrauen, Neigung, die Vorgänge der Umgebung im Sinne seines Misstrauens umzudeuten, Neigung zum Querulieren und zu aggressivem Vorgehen gegen seinen vermeintlichen Widersacher.

In beiden Zuständen wurde der Patient von seiner Umgebung nicht direkt für geisteskrank gehalten, man nahm vielmehr an, dass es sich um Schwankungen des Charakters handelte. Diese Ansicht ist auch zutreffend.

Für unsere Zwecke ergibt sich nun, dass die unter 1 genannten Erscheinungen den depressiven Zuständen gleichen, während die unter 2 erwähnten mit der Hyperthymie das Vorhandensein einer, wenn auch nicht sehr ausgeprägten, motorischen Unruhe, vielleicht auch eine gewisse Reizbarkeit, vor allem die Neigung zu periodischem Auftreten gemeinsam haben.

In der zweiten Gruppe nun finden wir neben dem bisher erwähnten manischen Komplex paranoide Symptome, d. h. der Patient beobachtet seine Umgebung misstrauisch, entdeckt allerlei in ihr, was er auf sich bezieht, fühlt sich geradezu verfolgt und zieht aus diesen Vorstellungen die Konsequenz der Abwehr.

Derartige Fälle sind als periodische Paranoia wiederholt beschrieben worden. Ich erinnere aus den letzten Jahren an die Arbeiten von Kleist, Thomsen, Birnbaum, P. Schroeder.

Ihre Zugehörigkeit zum manisch depressiven Irresein ist von verschiedenen Autoren bereits anerkannt. Auch in unserem Falle treten die engen Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein in Gestalt der gleichartigen Belastung einerseits, der endogenen Schwankungen sowie des Auftretens manischer und depressiver Phasen andererseits deutlich hervor.

Interessant ist nun vom Standpunkt der Vererbungslehre aus, dass ein dritter Bruder bis fast in die kleinsten Einzelheiten hinein die gleiche Krankheitsgeschichte hat, wie die eben beschriebene.

Es bestehen also bei drei Brüdern die gleichen paranoiden Komplexe, anscheinend vererbt vom Vater aus, und machen sich bei zweien periodisch, beim dritten dauernd bemerkbar.

Leider ist unser Stammbaum nicht weiter zurückzuverfolgen. Es wäre sehr interessant festzustellen, wie diese paranoische Beigabe in die Familie hineingekommen ist, ob sie von jeher mit den manisch-

depressiven Symptomen eng verbunden war, oder diese nur begleitet, ohne ätiologisch mit ihnen zusammenzugehören.

Nach dieser Richtung hin verdienten alle solche Fälle genauer durchforscht zu werden. Es bedarf dazu aber eines umfangreichen Materials an Stammbäumen, das uns heute noch ganz fehlt, dabei auch nur sehr schwer zu beschaffen ist.

#### Schluss.

Der Zweck dieses ersten Teiles meiner Ausführungen war einmal der, zu zeigen, dass das, was wir manisch-depressive Anlage nennen, sehr vielgestaltig ist und dass infolgedessen die Menschen, welche diese Anlage besitzen, sehr verschieden aussehen. —

In zweiter Linie wollte ich auf die Notwendigkeit einer ausgiebigeren Familienforschung hinweisen.

Schon das wenige Material, welches in dieser Arbeit gebracht worden ist, legt den Gedanken nahe, dass beim manisch-depressiven Irresein nicht nur die Anlage zur Krankheit im allgemeinen vererbt wird, sondern dass man bei einem Teil der Deszendenten auch spezielle Einzelheiten findet, die dem klinischen Bilde des Aszendenten sein besonderes Gepräge verliehen hatten.

Ich habe Stammbäume ermittelt, in denen bei einzelnen Generationen die Art der Vererbung sehr an das Mendel'sche Gesetz erinnerte. Leider war das nur in einzelnen Generationen der Fall und mir fehlten zuverlässige Mitteilungen über die Voreltern, die das abweichende Verhalten der übrigen Familienmitglieder bezüglich der Vererbung hätten erklären können, so dass diese Stammbäume, die grossenteils auf jahrelanger Beobachtung oder auf guten Anstaltskrankengeschichten beruhen, noch viele Fragen ungelöst lassen, weil sie nicht weit genug in die Vergangenheit zurückreichen.

Diese Tatsache sollte die Familienforschung gerade in solchen Aertzefamilien, in denen die manisch depressive Anlage heimisch ist, anregen. Es sollten vor allen Dingen aber auch die Chroniken und Familienpapiere alter Geschlechter nach dieser Richtung hin genauer durchforscht werden. Ich glaube, dass dabei manches Wertvolle herauskommen würde. —

So hat denn mein Versuch einer Schilderung der häufiger vorkommenden Typen in erster Linie gezeigt, wie wenig wir von allen diesen Problemen wissen, und wie überall nur neue Zweifel und Fragen auftauchen, zu deren Lösung es uns an Material fehlt.

Ein positives Ergebnis haben diese Untersuchungen aber doch wohl gehabt, nämlich das, dass alle die hier geschilderten Anlage-

variationen und die ausgesprochenen Phasen des manisch-depressiven Irreseins ätiologisch durchaus zusammen gehören. Jeder Versuch einer Trennung muss gerade bei Kenntnis der engen Beziehungen zwischen Anlage und ausgesprochener Psychose, namentlich bei Berücksichtigung der zahlreichen Uebergänge als künstlich, als eine Vergewaltigung der klinischen Tatsachen angesehen werden.

Notwendig ist dabei nur, dass wir das Manisch-Depressive nicht als eine Stimmungsanomalie allein ansehen, sondern als einen Komplex von Krankheitszeichen, in dem die Störungen des Denkens und Handelns eine ebenso grosse Rolle spielen als die Verstimmung.

### Literaturverzeichnis.

- Albrecht, Psychische Ursachen der Melancholie. Monatsschr. Bd. 20. S. 95.  
Aschaffenburg, Kraepelin's psychologische Arbeiten. Bd. 4. Ideenflucht. —  
Verhandl. d. Ges. Deutscher Naturforsch. in Köln 1908. — Allgemeine  
Symptomatologie im Handb. d. Psych. Leipzig und Wien 1915.  
Bumke, Störungen des Denkens in: Die Diagnose der Geisteskrankheiten.  
Wiesbaden 1918. J. Bergmann. — Umgrenzung des manisch-depressiven  
Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. Bd. 20. S. 381. — Nervöse Ent-  
artung. Berlin 1912. J. Springer.  
Bonhoeffer, Erfahrungen über die Aetiologie der Psychosen. Allg. Zeitschr.  
f. Psych. 1916. — Pathologischer Einfall. Deutsche med. Wochenschr.  
1904. — Zwangsvorstellungen. Monatsschr. Bd. 33.  
Boege, Periodische Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 43.  
Berze, Die manisch-depressive Familie H. Monatsschr. f. Psych. Bd. 26. S. 270.  
Bornstein, Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-  
depressivem Irresein. 1. Kongr. poln. Psych. u. Neurol.  
Birnbaum, Manisch-depressives Irresein und seine Wahnbildung. Allgem.  
Zeitschr. f. Psych. Bd. 72. S. 439. — Psychopathische Verbrecher.  
Berlin 1914. Langenscheidt.  
Benon et Denès, Epilepsie infantile et astheno-manie. Gaz. des hôp. 1914.  
p. 183.  
Bourneville et Katz, Manie de l'adolescence avec nymphomanie. Le progr.  
méd. 1899.  
v. Bechterew, Periodische Paranoia. Monatsschr. Bd. 5.  
Benon et Denès, Manie chronique. Nouv. icon. de la Salpetr. 1913. p. 122.  
Benon, Manie et idiotie. Nouv. icon. de la Salpetr. 1913. p. 358. — La  
cyclophrénie.  
Bleuler, Periodischer Wahnsinn. Psych. Wochenschr. 1902. S. 121. —  
Lehrbuch der Psychiatrie. 1916. Berlin 1916. J. Springer. — Dementia  
praecox im Handbuch der Psychiatrie. Leipzig und Wien 1911.  
v. Brero, Zirkuläres Irresein mit choreiformen Bewegungen. Allgem. Zeitschr.  
f. Psych. Bd. 58. S. 1160.

- Chotzen, Epileptische Psychosen. Psych. Wochenschr. Bd. 5. S. 413.
- Deny et Charpentier, Obsessions et psychose manio-dépressive. Rev. neurol. 1909.
- Dormanns, Manisch-depressives Irresein mit langen Phasen. Inaug.-Diss. Bonn 1910.
- Esposito, Unità delle psic. affettive. Arch. de psichiatri. Vol. 23. Nr. 2.
- Ennen, Neurol. Zentralbl. 1902.
- Eicken, Periodische Paranoia.
- Friedmann, Grundlagen der Zwangsvorstellungen. Psych. Wochenschr. 1902. S. 395. — Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Monatsschr. 1905.
- Fausser, Melancholie. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1906. S. 880. — Zwangsvorstellungen. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1905.
- Giljérlich, Periodische Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 40. S. 19.
- Garnier et Sautenoise, Une observ. de man. aigue chez une acromégalie. Arch. de neurol. T. 4. p. 486.
- Gianelli, Sulla così detta paran. acuta period. Riv. speriment. di freniatr. Vol. 24.
- Gaupp, Frage der kombinierten Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. Bd. 13. S. 766. — Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. Wochenschr. 1902.
- Gurewitsch, Kritische Bemerkungen zu Urstein's Buch. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Bd. 13.
- Hoche, Einfache Seelenstörung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1911. S. 573. — Leichtere Formen des manisch-depressiven Irreseins. Alt'sche Samml.
- Heilbronner, Progressive Zwangsvorstellungen. Monatsschr. f. Psych. 1899. Bd. 5. — Psychopath der Melancholie. Monatsschr. f. Psych. Bd. 22. S. 1. — Epileptische Manie. Monatsschr. f. Psych. 1903. Bd. 13.
- Holmes, The persistent thymus and sudden death among epileptics with grandmal and periodical mania of lifelong duration. New York 1898.
- v. Hösslin, Chronische Manie. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1909.
- Hajos, Fall von Folie circulaire auf wahrscheinlich epileptischer Grundlage. Pester med. chir. Presse. 1898. Nr. 24.
- Halberstadt, Manie dépressive suivi de man. improductive. L'encéphale. 1909. p. 452.
- Hecker, Milde Verlaufsarten des zirkulären Irreseins. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1897. 7. Jahrg. H. 1.
- Hartenberg, Les timides et la timidé. Paris 1902. Alcan.
- Hamburger, Manisch-depressives Irresein. 1906—1910. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. 1909.
- Haikovec, Contrib. à la connaissance des idées obsédants. XIII. Congr. de Paris. Rev. neurol. Nr. 7.
- Juliusburger, Pseudomelancholie. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1906. Bd. 17. — Pseudomelancholie. Monatsschr. f. Psych. Bd. 17. S. 72.
- Imboden, Beitrag zur Frage der Kombination des manisch-depressiven Irreseins mit der Hysterie. Allgem. Zeitschr. 1908. Bd. 65. S. 73.

- Isserlin, Psychologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven. Monatschrift. Bd. 22.
- Jaspers, Psychopathologie. Berlin 1913. J. Springer.
- Kirby, The catatonic syndrom and its relation to manic-depressive insanity. The journ. of mental disease. 1913. Vol. 40. p. 694.
- Koch, J. A. L., Leitfaden der Psychiatrie. 2. Aufl. Abnorme Charaktere. Wiesbaden. Bergmann.
- Krasser, Manisch-depressive Sekretionsneurose. Wiener klin. Rundsch. 1912. S. 481/500.
- Lackmann, Manisch-depressives Irresein im Kindesalter. Inaug.-Diss. Erlangen 1907.
- Liepmann, Ideenflucht. Alt'sche Samml. 1904.
- Luther, Klinischer Beitrag zur Frage des depressiven Irreseins. Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1909. Bd. 66. S. 949.
- Mugdan, Zirkuläres und alternierendes Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Bd. 2.
- Magalhaes et Lemos, Perte de la vis. mentale des objets (formes et couleur). Ann. méd.-psych. 1906. T. 4. p. 5.
- Mönkemöller, Periodische Paranoia. Allgem. Zeitschr. Bd. 62. S. 538.
- Nadal, Excitat. motrice à forme poriomaniq. chez un circulaire. Ann. méd.-psych. 1912. p. 216.
- Nitsche, Chronische Manie. Neurol. Zentralbl. 1907. S. 532 u. Allgem. Zeitschrift. 1909. Bd. 67. — Chronisch-manische Zustände. Allgem. Zeitschr. 1909. Bd. 67.
- Neisser, Fall von Motilit. psych. Allgem. Zeitschr. 1902. Bd. 57. S. 744.
- Nolan, Study of a case of melancholic fol. Raisonante. Journ. of ment. science. 1907. Bd. 59. p. 615.
- Pappenheim, Period. Melancholie, kombin. mit Hysterie und Tabes dorsalis. Arbeiten aus der psych. Klinik Prag. 1908. S. 118.
- Raecke, Hysterische und katatonische Situationspsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 55.
- Parhon, Cas de mél. avec hypertrophie thyroïdienne. Rev. neur. 1906. p. 646.
- Rybakoff, La cyclophrenia. Moskau 1914.
- Rehm, Die Ergebnisse von Kindern manisch-depressiver Kranker. Zeitschr. für die Erforsch. des jugendl. Schwachsinns. 1909. Bd. 3. S. 1. — Depressiver Wahnsinn. Zeitschr. f. Neurol. Bd. 21. S. 41. — Psychologische Versuche an Manisch-depressiven. Allg. Zeitschr. Bd. 63. S. 905.
- Ruoff, Paranoischer Symptomenkomplex im Verlaufe des Manisch-depressiven. Journ. f. Psych. 1915.
- Reich, F., Neurol. Zentralbl. 1908. S. 545. (Ideenfl.)
- Rodier u. Masselon, Quelques considérat. sur l'étiol. de la mél. L'Encéphale. 1911. Nr. 12. p. 532.
- Rittershaus, Differentialdiagnose. Mitteil. aus d. Hamb. Staatsanstalten. 1911.
- Roemheld, Leichte Formen der periodischen Störungen. Klinik für psych. u. nerv. Krankh. 1907. Bd. 2. S. 449—462.

860 Dr. A. H. Hübner, Ueber die manisch-depressive Anlage usw.

- Schroeder, J., Monatsschr. 1918. (Atyp. Fälle.)  
Schroeder, Gedankenflucht bei Denkhemmung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Bd. 2.  
Skliar, Grübelsucht. Jahrb. f. Psych. 1907. Bd. 30. H. 1. S. 125.  
Storch, Ideenflucht. Monatsschr. Bd. 17.  
Soukhanoff, De la combination de la psychasthénie et de la cyclothymie. Rev. neurol. 1909. p. 558.  
Stranski, Streifzüge durch die Klinik des Manisch-depressiven. S. 1843. Wiener klin. Wochenschr. 1911. S. 126. — Sprachverwirrtheit. Alt'sche Sammlung. Halle 1905. — Manisch-depressives Irresein. Handb. d. Psych. Leipzig u. Wien. 1911.  
Smits, E. J., Cyclothymia. Americ. Journ. of Insan. 1911. p. 661.  
Schenk, Periodische Melancholie. Deutsche med. Ztg. 1899. Nr. 18.  
Soukhanoff u. Gannouchkine, Étude sur la folie circulaire. Journ. de Neurol. 1903. p. 163.  
Stranski, Lehre von der periodischen Manie. Monatsschr. 1902. Bd. 11. — Komb. Psych. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1906. Bd. 63. S. 73.  
Siefert, Chronische Manie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1902. Bd. 59. S. 261.  
Serbski, Formes mixtes. Annales méd.-psych. 1906. Bd. 3. p. 370.  
Specht, Chronische Manie. Zentralbl. f. Nervenhk. 1905. Bd. 16. S. 590.  
Schott, Chronische Manie. Zentralbl. f. Nervenhk. 1904. Bd. 15. S. 519.  
Thomsen, Praktische Bedeutung des manisch-depressiven Irreseins. Med. Klin. 1909. S. 1767 u. 1808.  
Tomaschny, Myxödematöse Hautveränderungen. Neurol. Zentralbl. 1909. S. 187.  
Urstein, Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. F. W. Kl. V. 1912. S. 1254.  
Vinchon, La périodicité et les obsessions. Rev. de psych. 1912. p. 327.  
Vogt, R., Om Arvelighet vad manisk-medan Kolisk söndsygdom. Tidsskrift for den norske lægefor. Jahrg. 30. S. 417 u. 457.  
Vogt, Apperzeptive Sehschwäche. Zeitschr. f. Psychotherap. 1909. Bd. 1. S. 14.  
Vorkastner, Pseudomelancholie. Monatsschr. Bd. 17.  
Warda, Zwangsvorstellungen. Psych. Monatsschr. 1902. Bd. 12. S. 1.  
Weygandt, Ueber manisch-depressives Irresein. Berliner klin. Wochenschr. 1902. Nr. 3.  
Walton, The classification of Psycho-neurotics. Journ. of ment. dis. 1907. Vol. 34. p. 489.  
Willmanns, Abschnitt Psychopathien in Lewandowski's Handbuch der Neurologie. Berlin. — Differentialdiagnose der funktionellen Psychosen. Zentralblatt f. Nervenhk. 1907. Bd. 18. S. 569. — Leichte Formen des manisch-depressiven Irreseins. Sammlung klin. Vortr. 1906.  
Ziehen, Periodische Paranoia. Monatsschr. Bd. 3.  
Zimmermann, Beitrag zur Aetiologie der periodischen Seelenstörungen. Mitteilungen d. Hamb. Staatskrankenanst. Juli 1914.

## XXIX.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meyer).

### **Ueber die Abnahme des Alkoholismus an der psychiatrischen und Nervenlinik zu Königsberg i. Pr. während des Krieges.**

Von

**Curt Fürst,**  
approb. Arzt.

Im Jahre 1917 berichtet Bonhoeffer in den Monatsheften für Psychiatrie und Neurologie Bd. 51, Heft 6 über die Abnahme von Zugängen an alkoholischen Erkrankungen an der Charité während des Krieges. Am Schlusse seiner Arbeit erklärt er es für wünschenswert, wenn auch von anderer Seite über diesen Gegenstand Erfahrungen bekannt gegeben würden. Im Folgenden soll über die Beobachtungen an der Königsberger Klinik berichtet werden.

Tabelle I gibt eine Uebersicht über die Alkoholerkrankungen der Jahre 1904—1917. Um eine genaue Statistik über das Steigen bzw. Fallen des Alkoholismus während des Krieges zu erreichen, habe ich von vornherein mit dem 1. August 1904 begonnen, so dass das erste Jahr vom 1. August 1904 bis 1. August 1905 läuft. Die ersten elf Spalten geben die Zahl der überhaupt wegen Alkoholerkrankungen Aufgenommenen nebst den Unterklassen an, getrennt für Männer und Frauen. Die Spalte 12 gibt die Gesamtaufnahmen überhaupt an, die Spalte 13 den Prozentsatz der Alkoholisten im Vergleich zu den Gesamtaufnahmen; Spalte 14 gibt den Prozentsatz der Deliranten und Spalte 15 den der pathologischen Rauschzustände und Alkoholreaktionen innerhalb der Alkoholisten aufnahmen an; alles getrennt für Männer und Frauen. Es sind in der Statistik sämtliche Krankheiten enthalten, bei denen sich in den Krankengeschichten der Vermerk „Alkohol“ fand, ganz abgesehen davon, ob die Hauptkrankheit Epilepsie, Paralyse, Imbezillität usw. war. Voraussetzung war, dass ausgesprochene alkoholistische Störungen vorlagen.

In der Statistik macht sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen bereits vor dem Kriege ein deutliches Sinken bemerkbar und ganz besonders offensichtlich im Zusammenhange mit der erhöhten Alkoholbesteuerung im Jahre 1910. Während noch im Jahre 1909/10 der



| Jahr        | Delirium tremens |    | Alkohol. Halluzinose |    | Alcohol. chron. |    | Alkohol. Paranoia |    | Patholog. Rausch |    | Dipsomanie |    | Korsakow |    | Delirium Korsakow |    |
|-------------|------------------|----|----------------------|----|-----------------|----|-------------------|----|------------------|----|------------|----|----------|----|-------------------|----|
|             | M.               | F. | M.                   | F. | M.              | F. | M.                | F. | M.               | F. | M.         | F. | M.       | F. | M.                | F. |
| 1. 8.—1. 8. |                  |    |                      |    |                 |    |                   |    |                  |    |            |    |          |    |                   |    |
| 1904—1905   | 9                | 3  | 1                    | —  | 27              | 8  | 5                 | —  | 1                | —  | —          | —  | 2        | —  | 2                 | —  |
| 1905—1906   | 17               | —  | 2                    | —  | 35              | 4  | 7                 | 2  | 1                | —  | 1          | —  | 2        | —  | —                 | —  |
| 1906—1907   | 23               | —  | —                    | —  | 45              | 10 | 4                 | —  | 3                | —  | —          | —  | 2        | —  | —                 | —  |
| 1907—1908   | 4                | 3  | 1                    | —  | 63              | 23 | 5                 | 4  | —                | —  | —          | —  | —        | —  | —                 | —  |
| 1908—1909   | 11               | 1  | —                    | —  | 59              | 16 | 5                 | —  | —                | —  | —          | —  | 2        | —  | —                 | —  |
| 1909—1910   | 4                | —  | —                    | —  | 75              | 13 | 3                 | 2  | —                | —  | —          | —  | 1        | —  | —                 | —  |
| 1910—1911   | 3                | —  | —                    | —  | 51              | 2  | 2                 | —  | —                | —  | —          | —  | 1        | 1  | —                 | —  |
| 1911—1912   | 6                | 1  | 2                    | 1  | 51              | 6  | 3                 | —  | —                | —  | —          | —  | —        | —  | —                 | —  |
| 1912—1913   | 8                | 2  | 3                    | —  | 53              | 5  | 1                 | —  | —                | —  | —          | —  | —        | —  | —                 | —  |
| 1913—1914   | 13               | —  | 1                    | —  | 70              | 10 | 2                 | 1  | 6                | —  | —          | —  | 3        | 1  | 1                 | —  |
| 1914—1915   | 18               | —  | 2                    | 1  | 115             | —  | 16                | —  | 22               | —  | 1          | —  | —        | —  | —                 | —  |
| 1915—1916   | 10               | 1  | 6                    | —  | 77              | —  | 3                 | —  | 22               | —  | —          | —  | —        | 1  | —                 | —  |
| 1916—1917   | 4                | —  | 7                    | —  | 32              | —  | 1                 | —  | 11               | —  | —          | —  | —        | —  | —                 | —  |

Prozentsatz der Alkoholisten aufnahmen bei den Männern 26,42 pCt. und bei den Frauen 5,79 pCt. betrug, stellte er sich im Jahre 1910/11 nur auf 16,15 pCt. bei den Männern. bei den Frauen nur auf 1,28 pCt. Das bedeutet ein Sinken bei den Männern um 38,78 pCt., bei den Frauen um 77,89 pCt. In dem darauffolgenden Jahre macht sich zwar wieder ein kleiner Anstieg bemerkbar, um mit den nächsten Jahren einem stetigen Sinken Platz zu machen.

Das stärkere Steigen der Gesamtaufnahmenziffer im Jahre 1913 erklärt sich daher, dass in diesem Jahre die neue Klinik mit den erheblich vermehrten Räumen eröffnet wurde, während sie bis dahin in den Räumen des alten städtischen Krankenhauses untergebracht war.

Die relativ viel höhere Aufnahmeziffer der Alkoholkrankheiten mit Ausbruch des Krieges findet ihre Erklärung darin, dass ganz Ostpreussen durch den Russeneinfall gefährdet war und sämtliche Ersatzbataillone des I. Armeekorps in Königsberg und Umgegend untergebracht waren. Ebenso kamen die Psychosen aus den Armeekorps, welche in Ostpreussen kämpften, grösstenteils in der hiesigen Klinik zur Aufnahme. Erst im Jahre 1916 wurden die Ersatztruppenteile an ihre alten Standorte zurückverlegt. Trotzdem beträgt die Zahl der in der Garnison Königsberg befindlichen Heeresangehörigen immer noch das drei- bis vierfache der Friedenszeit; in der Hauptsache ja gerade derjenigen Altersklassen, die vorzugsweise dem Alkoholismus verfallen. Trotzdem nun die Gesamtaufnahme sich von dem Jahre 1914/15 bis 1916/17 an um 1400 bewegt,

## Tabelle I.

| Alkohol.<br>Epilepsie |    | Alkohol.<br>Paralyse |    | Zu-<br>sammen |    | Gesamt-<br>auf-<br>nahmen |     | Prozentsatz<br>der Alko-<br>holisten |       | Prozentsatz<br>der Deliranten<br>innerhalb der<br>Alkoholisten-<br>aufnahmen |       | Prozentsatz<br>der patholog.<br>Rauschzust.<br>innerhalb der<br>Alkoholisten-<br>aufnahmen |    |
|-----------------------|----|----------------------|----|---------------|----|---------------------------|-----|--------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| M.                    | F. | M.                   | F. | M.            | F. | M.                        | F.  | M.                                   | F.    | M.                                                                           | F.    | M.                                                                                         | F. |
| 1                     | —  | 2                    | —  | 50            | 11 | 230                       | 198 | 21,74                                | 5,56  | 18,0                                                                         | 27,27 | 2,60                                                                                       | —  |
| 1                     | —  | 1                    | —  | 67            | 6  | 247                       | 210 | 27,13                                | 4,29  | 25,39                                                                        | —     | 1,49                                                                                       | —  |
| 4                     | —  | 1                    | 1  | 82            | 11 | 267                       | 198 | 30,71                                | 5,56  | 28,05                                                                        | —     | 3,70                                                                                       | —  |
| 5                     | —  | 1                    | —  | 79            | 30 | 271                       | 230 | 29,15                                | 13,04 | 5,19                                                                         | 10,0  | —                                                                                          | —  |
| 5                     | —  | —                    | —  | 82            | 17 | 293                       | 229 | 27,99                                | 7,42  | 13,41                                                                        | 5,88  | —                                                                                          | —  |
| 1                     | —  | —                    | —  | 84            | 15 | 318                       | 259 | 26,42                                | 5,79  | 4,76                                                                         | —     | —                                                                                          | —  |
| —                     | —  | —                    | —  | 97            | 3  | 353                       | 234 | 16,15                                | 1,28  | 5,26                                                                         | —     | —                                                                                          | —  |
| 4                     | 1  | —                    | —  | 66            | 9  | 365                       | 242 | 18,08                                | 3,72  | 9,09                                                                         | 11,11 | —                                                                                          | —  |
| 1                     | —  | —                    | 1  | 66            | 8  | 400                       | 302 | 16,50                                | 2,65  | 12,12                                                                        | 25,0  | —                                                                                          | —  |
| 5                     | —  | —                    | —  | 101           | 11 | 603                       | 487 | 16,75                                | 2,26  | 13,86                                                                        | —     | 5,94                                                                                       | —  |
| 6                     | —  | —                    | —  | 180           | 2  | 1425                      | 213 | 12,03                                | 0,94  | 10,0                                                                         | —     | 12,22                                                                                      | —  |
| 2                     | —  | —                    | —  | 120           | 1  | 1525                      | 309 | 7,87                                 | 0,32  | 8,33                                                                         | —     | 18,33                                                                                      | —  |
| —                     | —  | —                    | —  | 55            | —  | 1386                      | —   | 3,97                                 | —     | 7,27                                                                         | —     | 20,0                                                                                       | —  |

so ist die Ziffer der Alkoholkrankheiten doch von 180 auf 55 gesunken, von 12,03 pCt. auf 3,97 pCt., d. h. um 75,31 pCt; gegen das letzte Friedensjahr sogar von 16,75 pCt. auf 3,97 pCt., d. h. um 76,38 pCt. Mit Ausbruch des Krieges wurde die Klinik in der Hauptsache der Militärverwaltung zur Verfügung gestellt und Zivil nur in seltenen Fällen aufgenommen.

Tabelle II gibt nun eine Uebersicht über die Alkoholerkrankungen während der Kriegsjahre, getrennt nach Militär- und Zivilaufnahmen. Auch hier macht sich unter den Militärpersonen deutlich ein Sinken der Alkoholerkrankungen bemerkbar, schon im zweiten Kriegsjahre von 11,89 pCt. auf 7,70 pCt., im dritten sogar auf 3,38 pCt., d. h. um 71,57 pCt. gegen die Ziffer der Alkoholerkrankungen des ersten Kriegsjahres. Die relativ hohen Aufnahmeziffern erklären sich daraus, dass fast alle forensischen Fälle der Ersatzbataillone von Königsberg und Umgebung der Klinik zur Begutachtung überwiesen wurden. Aus diesem Grunde stellt sich auch die Zahl der pathologischen Rauschzustände so hoch. Auf die einzelnen Erkrankungen gehe ich später näher ein.

Das relative Steigen der Alkoholerkrankungen unter den Zivilisten erklärt ja hinreichend das Steigen der Gesamtaufnahmeziffer um das Doppelte; trotzdem macht sich absolut prozentual auch deutlich ein Sinken von 10,85 pCt. auf 6,46 pCt., d. h. um 40,5 pCt. bemerkbar.

Bei dem Forschen nach den Gründen, die zum Alkoholismus geführt haben, fand sich für 1913/14 als höchste Ziffer Vererbung mit nach-

| Jahr      | Delirium tremens |      | Alkohol. Halluzinose |      | Alcohol. chron. |      | Alkohol. Paranoia |      | Dipsomanie |      | Korsakow |      | Alkohol. Epilepsie |      |
|-----------|------------------|------|----------------------|------|-----------------|------|-------------------|------|------------|------|----------|------|--------------------|------|
|           | Mil.             | Ziv. | Mil.                 | Ziv. | Mil.            | Ziv. | Mil.              | Ziv. | Mil.       | Ziv. | Mil.     | Ziv. | Mil.               | Ziv. |
| 1914—1915 | 17               | 1    | 2                    | —    | 104             | 11   | 14                | 2    | 1          | —    | —        | —    | 6                  | —    |
| 1915—1916 | 8                | 2    | 5                    | 1    | 63              | 14   | 2                 | 1    | —          | —    | —        | —    | 1                  | 1    |
| 1916—1917 | 1                | 3    | 7                    | —    | 19              | 13   | —                 | 1    | —          | —    | —        | —    | —                  | —    |

gewiesenen 30 Fällen = 29,71 pCt. In den meisten Fällen war der Vater Trinker gewesen, in zwei Fällen die Mutter, in einigen waren Vater oder Mutter oder beide Eltern nervenleidend, ohne ausgesprochene Trunksucht; an zweiter Stelle steht Verführung, d. h. die „Gemütlichkeit der Gesellschaft“ oder das schlechte Beispiel der Arbeitsgenossen. Hier betrug die Zahl der Fälle 9 = 8,92 pCt. An dritter Stelle kommt Beruf: Gastwirt, Bierfahrer usw. mit 7 Fällen = 6,94 pCt., dann psychopathische Veranlagung mit ebenfalls 7 Fällen = 6,94 pCt., häusliche Sorgen mit 4 Fällen = 3,96 pCt. Dabei sind nicht die Fälle mitgerechnet, in denen der Alkoholismus Anlass zu häuslichen Sorgen gab. In den anderen Fällen lässt sich eine Veranlagung oder äussere Einwirkung nicht nachweisen.

Unter den chronischen Alkoholisten fanden sich 18mal Eifersuchts-wahn, bei anderen Fällen meist vorübergehende Wahnideen: „man sprach über sie“, „wollte sie totschiessen“ usw. Nur in einem Falle fühlte sich der Kranke durch Röntgenstrahlen beeinträchtigt. In einem Falle handelte es sich um einen Exhibitionisten. Von den pathologischen Rauschzuständen beruhten 5 auf chronischem Alkoholismus, nur einer hatte erst seit den letzten 14 Tagen in Gesellschaft getrunken. Sein Leumund war früher gut.

Unter sämtlichen Fällen war die Merkfähigkeit 17mal gestört = 16,83 pCt. und zwar meistens so, dass die Patienten nach zwei bis drei Fragen sich nicht erinnern konnten, eine Aufforderung, die Zahl zu merken, erhalten zu haben.

1914/15 lässt sich Vererbung in 32 Fällen, d. h. in 17,78 pCt.<sup>1)</sup> nachweisen; Verführung durch schlechtes Beispiel in 9 Fällen = 5 pCt., Beruf in 5 Fällen = 2,87 pCt. Nachgewiesene psychopathische Ver-

1) Ganz genau sind diese Zahlen nicht, da bei Militärpersonen die anamnestischen Angaben wenig sicher sind.

## belle II.

| Patholog.<br>Rausch |      | Gesamt-<br>aufnahmen |      | Alkoholisten-<br>aufnahmen |      | Prozentsatz<br>der Alko-<br>holisten |       | Prozentsatz<br>der Deliranten<br>innerhalb der<br>Alkoholisten-<br>aufnahmen |       | Prozentsatz<br>der patholog.<br>Rauschzust.<br>innerhalb der<br>Alkoholisten-<br>aufnahmen |      |
|---------------------|------|----------------------|------|----------------------------|------|--------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Mil.                | Ziv. | Mil.                 | Ziv. | Mil.                       | Ziv. | Mil.                                 | Ziv.  | Mil.                                                                         | Ziv.  | Mil.                                                                                       | Ziv. |
| 22                  | —    | 1396                 | 129  | 166                        | 14   | 11,89                                | 10,85 | 10,24                                                                        | 7,14  | 13,25                                                                                      | —    |
| 22                  | —    | 1311                 | 214  | 101                        | 19   | 7,70                                 | 8,87  | 7,92                                                                         | 10,53 | 21,78                                                                                      | —    |
| 11                  | —    | 1123                 | 263  | 38                         | 17   | 3,38                                 | 6,46  | 2,63                                                                         | 17,65 | 28,95                                                                                      | —    |

anlagung fand sich in 18 Fällen = 18 pCt., von denen 3 auf Grund eines in der Jugend erlittenen schweren Unfalles beruhten. In 6 Fällen, 3,33 pCt., wurden die Anstrengungen der Bahnfahrt und die des Feldzuges als Grund zu der allerdings auf jahrelangem Alkoholismus beruhenden akuten Erkrankung angegeben. Es handelte sich in der grösseren Mehrzahl um strafbare Handlungen, die zur Aufnahme führten. Entweder Aufsässigkeit gegen Vorgesetzte, Achtungsverletzung, plötzliches Entfernen von der Truppe, Zanksucht mit Körperverletzung von Kameraden, selbständige militärische Massnahmen, die zur Gefährdung der Gesamtheit führen konnten. In 4 Fällen schossen die Kranken plötzlich auf Russen, die sie zu sehen glaubten, einmal auf Russen in preussischer Uniform. Ein Patient, der sich tagelang betrunken bei Bauersleuten herumgetrieben hatte, behauptete dauernd fest, er sei von Königsberg in einem Automobil bis tief nach Russland hinein entführt worden und sei dann von Moskau aus entflohen. Wegen seines eigenartigen Gebarens wurde er als Spion in Ostpreussen verhaftet. In 2 Fällen fühlten sich die betreffenden Patienten wegen Spionage verfolgt, sollen auch ein entsprechendes Gebaren zur Schau getragen haben. Ein Patient behauptete, dass „die ja bekannten französischen Ringe seine Mutter beeinträchtigten und sie schliesslich zu Tode hetzen würden“, ein anderer glaubte am Tode einiger Schuld zu sein, weil er Wasser mit Cholerabazillen vergiftet habe. Es sind im ganzen 10 Fälle unter 180, die deutlich durch die Kriegsvorgänge beeinflusst sind. Ich komme auf diese später noch zu sprechen. Alle Kranken konnten sich angeblich nicht auf die Vorgänge besinnen, die zu ihrer Verhaftung geführt hatten. Bemerkenswert war ein Fall von Dipsomanie. Der Kranke suchte sich überall und auf jede mögliche Art Alkohol zu verschaffen und zwar den schlechtesten, den er erhalten konnte, Fusel jeglicher Art, Betriebsstoff, Spiritus unter Verzicht auf Bier und Wein, was für ihn leicht erreichbar war. Ein anderer Kranker gab an, an

Trinkanfällen zu leiden. Es gäbe Wochen und Monate, wo er alkoholfrei lebe, dann stelle sich aber ein unbezähmbarer Drang nach Alkohol ein, so dass er aus der Trunkenheit nicht mehr herauskäme. Die Verleitung zum Trinken sieht er in dem Trinkzwang in studentischen Verbindungen.

Nur ein Patient gab an, dass die Aufregungen des Feldzuges und die Sorgen, die der Krieg mit sich brachte, ihn dazu gebracht hätten, sich stärker dem Alkohol zu ergeben.

Eifersuchtswahn fand sich in 6 Fällen.

Unter den pathologischen Rauschzuständen beruhten 10 auf chronischem Alkoholismus, in den anderen 12 Fällen handelte es sich grösstenteils um Intoleranz bei nicht eigentlichen Trinkern, indem auch nach Zeugenaussagen nur 2—3 Glas Bier, sogar nur der Rum, der in den Abendtee hineingetan wurde, zu einem Rauschzustand führten. In 3 Fällen von diesen 12 waren es durch Kopfschuss Verletzte, in 5 Leute, die in ihrer Jugend schwere Unfälle mit Schädelverletzungen erlitten hatten und „seit der Zeit immer erregt wären und gar nichts mehr vertragen“, deren Leumund durch Nachforschen aber als einwandfrei festgestellt wurde. In den übrigen Fällen waren es Rauschzustände nach einmaliger stärkerer Unmässigkeit, wie sie in Friedenszeiten ja täglich vorkommen, ohne zur Aufnahme zu gelangen. Bei diesen handelte es sich eben um Vergehen, die sie sich in ihrem Rausch zu Schulden kommen liessen.

Intoleranz bei chronischem Alkoholismus als Folge von in der Jugend erlittenen Unfällen fand sich bei 19 Kranken = 10,56 pCt., davon 11 Schädelverletzungen. Häusliche Sorgen gaben 2 mal = 1,11 pCt. den Anstoss zum Alkoholismus. Die Merkfähigkeit war bei 12 Patienten schwer gestört = 6,67 pCt.

Im Jahre 1915/1916 lässt sich Vererbung in 25 Fällen, d. h. 20,83 pCt. nachweisen, darunter waren nur 2, in denen bei den Eltern rein nervöse Leiden ohne Alkoholismus angegeben wurden, dagegen 4, in denen auch bereits die Brüder Trinker waren. Verführung lässt sich in 6 Fällen nachweisen = 5 pCt., in denen 3 allein auf den Trinkzwang in studentischen Verbindungen zurückgeführt werden; häusliche Sorgen und Todesfälle sind in 3 Fällen = 2,5 pCt. der Grund zum Alkoholismus, und 4 Kranke = 3,33 pCt. führen ihre Erregtheit und die damit verbundenen Verfehlungen auf die Ueberanstrengungen des Feldzuges zurück. Die letztgenannten Kranken trinken allerdings auch schon seit Jahren, nur schien die Ueberanstrengung Erscheinungen hervorgerufen zu haben, die eine Aufnahme in der Klinik notwendig machten.

Um Psychopathen handelte es sich in 20 Fällen = 16,67 pCt., von denen 8 in der Jugend schwere Unfälle, hauptsächlich Schädel-

verletzungen erlitten hatten. Beruf als Grund zum Alkoholismus wurde 2 mal = 1,67 pCt. angegeben. 5 Kranke äusserten Selbstmordideen und hatten versucht, sich die Pulsadern oder den Hals zu durchschneiden. Sie fühlten sich verfolgt und „wollten lieber auf diese Art sterben, als von den eigenen Kameraden erschossen werden zu müssen“. 2 gaben an, deshalb so viel Alkohol zu trinken, weil sie damit ihren Schmerz — es handelte sich um Neuritis — betäuben könnten.

Ein Kranker, ein Maurer, machte die Angabe, dass er nur immer dann „ordentlich trinke“, wenn er seiner Frau durchbrennen könnte, die Gelegenheit benutzte er dann gleich, um mehrere Tage von Hause fortzubleiben, mit immer wieder neuen Bekannten eine „Bierreise“ zu machen, bis er dann auf irgend einem Felde von der Gendarmerie aufgegriffen und seiner Frau zugeführt wurde.

Ein 54jähriger Pfarrer litt infolge früheren jahrelangen Alkoholismus an starken sexuellen Erregungen. „Er küsse ganz besonders gern junge Mädchen von etwa 20 Jahren.“ Er stellte sich auf der Strasse vor ein Fenster, hinter dem 2 junge Frauen arbeiteten und begehrte unter Lärmen Einlass, indem er sie mit nicht misszuverstehenden Gesten zum Beischlaf aufforderte. Erst durch Polizeigewalt konnte er entfernt werden.

Ein Kranker betrank sich regelmässig, „wenn er Geld hatte“.

Russen waren bei 4 Kranken, Spionage bei einem der Inhalt der Wahnideen.

In den anderen Fällen handelt es sich um Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, Beleidigungen, Schiessen ohne Befehl, Widersetzlichkeit, Entfernung von der Truppe; 3 mal bestand Eifersuchtswahn. Die meisten der Kranken waren bereits sehr oft vorbestraft. Auch hier waren es unter den chronischen Alkoholisten hauptsächlich forensische Fälle, die zur Begutachtung der Klinik überwiesen waren. Unter den pathologischen Rauschzuständen, 22 = 18,33 pCt., waren 8 auf chronischen Alkoholismus zurückzuführen, die übrigen 14 waren durch einmaligen übermässigen Alkoholgenuss bei sonst nüchternen Menschen hervorgerufen. Bei 4 davon fand sich Intoleranz infolge angeborener Imbezillität, bei 2 infolge Neurasthenie und bei 4 infolge Unfällen mit Kopfverletzungen. Bei allen 14 war psychopathische Veranlagung nachzuweisen, sie konnten ausserdem alle „nicht viel vertragen“.

Alkoholismus als Folge von in der Jugend erlittenen Unfällen, davon 8 mal Schädelverletzungen, wurde 12 mal angegeben, = 10 pCt.

Die Merkfähigkeit war in 17 Fällen aufgehoben und in 6 stark reduziert, im ganzen 16,67 pCt.

Im Jahre 1916/17 fand sich Vererbung, in sämtlichen Fällen Potus des Vaters, 10 mal, d. h. 18,18 pCt.; Verführung durch schlechte Ge-

sellschaft 2 mal = 3,64 pCt.; Beruf (alle 4 Kranke waren Brauerei-angestellte) 4 mal = 7,24 pCt. Häusliche Sorgen infolge Todesfalls 1 mal = 0,91 pCt. Auch in diesem Jahre kam weit über die Hälfte der Kranken infolge von Vergehen zur Aufnahme; es handelte sich um dieselben Delikte wie in den Vorjahren. Eifersuchtswahn fand sich nur 1 mal; 1 Kranker fühlte sich von Russen verfolgt, die auf ihn schossen, und 1 Kranker hörte dauernd Stimmen, die vom Krieg erzählten. Selbstmordideen wurden nur in einem Falle geäußert. Psychopathische Veranlagung fand sich in 10 Fällen = 18,18 pCt.

Unter den pathologischen Rauschzuständen, es waren 11, basierten 6 auf chronischem Alkoholismus, aber man hörte immer wieder von den Kranken, „sie könnten eben in letzter Zeit nichts mehr vertragen und würden schon nach einigen Glas Bier erregt“. Die anderen 5 beruhten auf Intoleranz, bei 3 infolge psychopathischer Veranlagung, bei einem infolge Stirnhöhlenoperation und bei einem infolge einer früher erlittenen Schädelverletzung. Nach Erkundigungen waren es sonst nüchterne Leute. Alkoholismus als Folge von in der Jugend erlittenen Unfällen, Schädelverletzungen fand sich 5 mal = 9,09 pCt.

Die Merkfähigkeit war bei 6 Kranken aufgehoben, bei 2 stark reduziert, das sind 13,64 pCt.

Tabelle III.

| Jahr      | Vererbung<br>pCt. | Psychopath.<br>Veranlagung<br>pCt. | Unfälle<br>pCt. | Verführung<br>pCt. | Beruf<br>pCt. | Ueberanstren-<br>gung im Felde<br>pCt. | Sorge<br>pCt. | Keine Ursache<br>festzustellen<br>pCt. |
|-----------|-------------------|------------------------------------|-----------------|--------------------|---------------|----------------------------------------|---------------|----------------------------------------|
| 1913—1914 | 29,71             | 6,94                               | —               | 8,92               | 6,94          | —                                      | 3,96          | 43,53                                  |
| 1914—1915 | 17,78             | 18,0                               | 10,56           | 5,0                | 2,87          | 3,33                                   | 7,11          | 41,85                                  |
| 1915—1916 | 20,83             | 16,67                              | 10,9            | 5,0                | 1,67          | 3,33                                   | 2,5           | 40,0                                   |
| 1916—1917 | 18,18             | 18,18                              | 9,09            | 3,64               | 7,24          | 3,33                                   | 0,91          | 39,43                                  |

Die Tabelle III gibt einen Ueberblick über die Ursachen, die zum Alkoholismus geführt haben, für die Jahre 1913/14 bis 1916/17. Bemerkenswert ist dabei das starke Steigen der psychopathischen Veranlagungen, das in engstem Zusammenhange mit dem Steigen der pathologischen Rauschzustände steht. Es bestätigt die Ansicht Bonhoeffer's, dass in dem Steigen der Aufnahmen wegen pathologischer Rauschzustände „das auch sonst zu bemerkende Manifestwerden der psychopathischen Konstitutionen im Gefolge der Kriegsverhältnisse zum Ausdruck komme“.

Einen verhältnismässig hohen Prozentsatz nehmen auch die Unfälle



ein, die ja in der Hauptsache Schädelverletzungen sind, ein Beweis dafür, dass gerade diese Leute leicht dem Alkoholismus verfallen, viel mehr den Schädigungen des Alkohols ausgesetzt sind, und infolge ihrer Intoleranz sich sehr bald zu strafbaren Handlungen hinreissen lassen. Bei ihnen fand sich in allen Fällen vollständige Unbesinnlichkeit auf die Vorgänge, die zur Verhaftung führten.

Ich komme jetzt noch einmal auf die Fälle zurück, in deren Ideen die Kriegsverhältnisse eine Rolle spielen, d. h. die im Zusammenhange mit Russen, Franzosen und Spionage stehen. Es sind im ganzen  $17 = 4,8$  pCt. Nach Ansicht mancher soll sich Alkoholismus nur bei Psychopathen und haltlosen Menschen finden, kurz, es soll nur geborene Trinker geben. Bei Psychopathen bilden in der Regel die affektbetonten Erlebnisse den Inhalt der Trugwahrnehmungen und Wahnvorstellungen. Es müssten daher eigentlich nach obiger Ansicht unter den chronischen Alkoholisten die Ideen, welche in direktem Zusammenhange mit den Kriegsereignissen stehen, einen grösseren Prozentsatz ausmachen. In der Tat beträgt der Prozentsatz nur  $4,8$  pCt. Die Nichtbeeinflussung des Gedankeninhalts bei Alkoholisten durch die Kriegsereignisse entspricht einer gleichen Beobachtung bei nicht alkoholischen Dämmerzuständen und Haftpsychosen, die in letzter Zeit zur Aufnahme kamen. Auch bei diesen kam die Affektbetonung nicht zum Ausdruck.

Ein sicheres Urteil darüber, ob nur diejenigen Trinker werden, die, um es kurz zu fassen, zum Trinker geboren sind, lässt sich deshalb nicht abgeben, weil sich das Verhältnis des endogenen zum exogenen Faktor in bezug auf den Alkoholismus gegenüber den Friedenszeiten vollkommen verschoben hat. Er ist ja auf ein Geringes eingeschränkt. Es ist daher gar nicht zu entscheiden, was aus den vielen Psychopathen, die wir zu beobachten jetzt Gelegenheit hatten, bei gewöhnlichen Trinkverhältnissen geworden wäre.

Unter den alkoholistischen Frauen — es sind von 1913/14 bis 1916/17 im ganzen 13 — fand sich Vererbung 2 mal =  $15,38$  pCt., Verführung und Sorgen je 1 mal =  $7,69$  pCt. Bemerkenswert ist nur, dass die Merkfähigkeit in 5 Fällen =  $38,46$  pCt. stark reduziert war und die Hälfte der Frauen bereits über 63 Jahre alt war. Von ihnen wurde als Getränk ganz besonders Kognak bevorzugt, während ja bei den Männern Bier und Schnaps die Hauptrolle spielten.

Die folgende Tabelle IV gibt eine Zusammenstellung aus den Veröffentlichungen der Autoren, die das gleiche Kapitel bearbeitet haben. Bonhoeffer-Berlin (B)<sup>1)</sup>, Oehmig-Dresden (Oe).

1) Die Abkürzungen hinter den Namen bedeuten die Abkürzungen für die Namen der Autoren in den einzelnen Rubriken.



| Jahr | Prozentsatz der Alkoholistenaufnahmen |      |      |      |      |        |     |      |      |      | Prozentsatz der Deliranten-Alkoholisten |      |      |      |      |  |
|------|---------------------------------------|------|------|------|------|--------|-----|------|------|------|-----------------------------------------|------|------|------|------|--|
|      | Männer                                |      |      |      |      | Frauen |     |      |      |      | Männer                                  |      |      |      |      |  |
|      | B.                                    | Oe.  | W.   | R.   | F.   | B.     | Oe. | W.   | R.   | F.   | B.                                      | Oe.  | W.   | R.   | F.   |  |
| 1904 | —                                     | —    | —    | 26,1 | —    | —      | —   | —    | 38,3 | —    | —                                       | —    | —    | 30,3 | —    |  |
| 1905 | —                                     | —    | —    | 20,3 | 21,7 | —      | —   | —    | 2,5  | 5,56 | —                                       | —    | —    | 30,8 | 18,0 |  |
| 1906 | —                                     | —    | —    | 21,0 | 27,1 | —      | —   | —    | 3,0  | 4,3  | —                                       | —    | —    | 39,8 | 25,4 |  |
| 1907 | 20,6                                  | —    | 62,5 | 27,2 | 30,7 | 3,2    | —   | 12,5 | 2,2  | 5,6  | 47,3                                    | —    | 10,5 | 34,8 | 28,1 |  |
| 1908 | 17,8                                  | 38,4 | 59,4 | 25,1 | 29,2 | 2,7    | 5,7 | 9,1  | 3,3  | 13,0 | 35,3                                    | 19,9 | 11,2 | 31,0 | 5,2  |  |
| 1909 | 18,9                                  | 37,5 | 61,4 | 22,5 | 28,0 | 2,1    | 5,4 | 17,4 | 2,6  | 7,4  | 34,7                                    | 21,8 | 9,6  | 21,1 | 13,4 |  |
| 1910 | 18,6                                  | 31,2 | 56,8 | 18,2 | 26,4 | 3,1    | 7,1 | 8,6  | 1,7  | 5,8  | 22,3                                    | 14,5 | 5,3  | 21,3 | 4,8  |  |
| 1911 | 16,8                                  | 39,0 | 54,1 | 18,3 | 16,2 | 2,1    | 6,3 | 11,5 | 2,7  | 1,3  | 29,5                                    | 21,9 | 8,4  | 11,0 | 5,3  |  |
| 1912 | 13,7                                  | 40,8 | 55,4 | 19,0 | 18,1 | 2,6    | 3,9 | 11,4 | 2,6  | 3,7  | 25,8                                    | 14,2 | 6,7  | 18,4 | 9,1  |  |
| 1913 | 12,3                                  | 33,2 | 53,7 | 17,7 | 16,5 | 2,9    | 7,1 | 8,1  | 3,0  | 2,7  | 27,0                                    | 20,2 | 5,8  | 14,2 | 12,1 |  |
| 1914 | 14,0                                  | —    | 53,1 | —    | —    | 2,8    | —   | —    | —    | —    | 28,0                                    | —    | 5,2  | —    | —    |  |
|      | 6,4                                   | 36,8 | 38,4 | 15,6 | 16,8 | 1,4    | 4,8 | 6,5  | 1,9  | 2,3  | 29,0                                    | 21,5 | 11,5 | 17,7 | 13,9 |  |
| 1915 | 7,2                                   | 25,8 | 29,6 | 11,0 | 12,0 | 1,3    | 4,4 | 5,1  | 1,1  | 0,9  | 25,5                                    | 21,0 | 6,0  | 22,4 | 10,0 |  |
| 1916 | 3,3                                   | 11,9 | 23,3 | 7,2  | 7,9  | 0      | 1,7 | 3,1  | 1,0  | 0,3  | 9,0                                     | 24,5 | 3,0  | 18,3 | 8,3  |  |
| 1917 | —                                     | 2,5  | 7,3  | 0,6  | 4,0  | —      | 0,9 | 2,4  | 0,3  | 0    | —                                       | 9,1  | 5,2  | —    | 7,3  |  |

Weichbrodt-Frankfurt a. M. (W), Robert-Kiel (R). Es sind die Prozentsätze: erstens der Alkoholistenaufnahmen im Vergleich zu den Gesamtaufnahmen, zweitens die der Deliranten<sup>1)</sup> und drittens die der pathologischen Rauschzustände innerhalb der Alkoholistenaufnahmen, getrennt für Männer und Frauen. Der besseren Uebersicht halber sind die vom Verfasser gefundenen Zahlen unter F. hinzugesetzt, jedoch so, dass das Jahr 1904/05 mit seinen 7 Monaten im Jahre 1905 unter 1905, 1905/06 unter 1906 usw. gesetzt ist. Bemerkenswert an der Tabelle ist, dass sich die Zahlen der Alkoholistenaufnahmen bei Weichbrodt und Oehmig ganz besonders hoch, bei Weichbrodt auf das vier- bis fünffache gegen Bonhoeffer und das zwei- bis dreifache gegen Robert und Verfasser stellen. Bei Bonhoeffer dagegen ist die Zahl der Deliranten um das doppelte bis dreifache grösser als bei Weichbrodt, Robert und Verfasser. Ein besonderer Grund hierfür ist aus den Veröffentlichungen nicht zu ersehen. Wenn bei allen gleichzeitig im ersten Kriegsjahr der Prozentsatz der Deliranten steigt, so ist das wohl in der Hauptsache auf die ausserordentlich grossen ungewohnten Strapazen gerade im Anfange des Feldzuges, die Anstrengungen der langen Bahnfahrten und die mit den Kriegseignissen

1) Die Prozentsätze der Deliranten und pathologischen Rauschzustände, veröffentlicht von Oehmig und Weichbrodt, habe ich aus den angegebenen Zahlen berechnet.

## belle IV.

| ranten innerhalb der<br>aufnahmen |      |      |      |      | Prozentsatz der pathologischen Rauschzustände<br>innerhalb der Alkoholisten aufnahmen |      |     |      |      |        |      |     |    |    |
|-----------------------------------|------|------|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|------|------|--------|------|-----|----|----|
| Frauen                            |      |      |      |      | Männer                                                                                |      |     |      |      | Frauen |      |     |    |    |
| B.                                | Oe.  | W.   | R.   | F.   | B.                                                                                    | Oe.  | W.  | R.   | F.   | B.     | Oe.  | W.  | R. | F. |
| —                                 | —    | —    | —    | —    | —                                                                                     | —    | —   | 7,0  | —    | —      | 13,1 | —   | —  | —  |
| —                                 | —    | —    | —    | 27,3 | —                                                                                     | —    | —   | 6,4  | 2,0  | —      | —    | —   | —  | —  |
| —                                 | —    | —    | —    | —    | —                                                                                     | —    | —   | 3,9  | 1,5  | —      | —    | —   | —  | —  |
| 20                                | —    | 11,4 | —    | —    | —                                                                                     | —    | 3,4 | 3,3  | 3,7  | —      | —    | 2,3 | —  | —  |
| 50                                | 17,4 | 20,0 | —    | 10,0 | —                                                                                     | 7,4  | 3,8 | 10,2 | —    | —      | 13,1 | 3,3 | —  | —  |
| 25                                | —    | 6,7  | 10,0 | 5,9  | —                                                                                     | 6,4  | 3,0 | 6,4  | —    | —      | 8,0  | 1,7 | —  | —  |
| 13                                | 2,9  | —    | —    | —    | —                                                                                     | 11,8 | 1,8 | 4,4  | —    | —      | 5,7  | —   | —  | —  |
| 25                                | 3,3  | —    | —    | —    | —                                                                                     | 17,2 | 5,8 | 2,7  | —    | —      | 26,7 | 8,6 | —  | —  |
| 10                                | 4,4  | 15,4 | 16,7 | 11,1 | 12                                                                                    | 18,5 | 1,2 | 5,3  | —    | —      | 26,1 | 1,9 | —  | —  |
| 19                                | 23,5 | 1,9  | 26,7 | 25,0 | 13                                                                                    | 14,2 | 0,5 | 3,1  | —    | —      | 14,7 | —   | —  | —  |
| —                                 | —    | —    | —    | —    | —                                                                                     | —    | 1,4 | —    | —    | —      | —    | —   | —  | —  |
| —                                 | 4,2  | —    | —    | —    | 16                                                                                    | 18,7 | 4,6 | 3,0  | —    | —      | 25,0 | —   | —  | —  |
| —                                 | 25,0 | —    | 33,3 | —    | 30                                                                                    | 19,4 | 2,6 | 3,8  | 6,0  | —      | 15,0 | —   | —  | —  |
| —                                 | —    | —    | —    | —    | 40                                                                                    | 20,8 | —   | 1,5  | 12,2 | —      | 6,7  | —   | —  | —  |
| —                                 | —    | —    | 25,0 | —    | —                                                                                     | 54,6 | —   | —    | 18,3 | —      | —    | —   | —  | —  |

verbundenen Aufregungen zurückzuführen; dazu kommt noch die zwangsweise Alkoholabstinenz<sup>1)</sup>. Die hiesigen Fälle waren besonders schwer. Im Vordergrund standen schwere Bewusstseinsstörungen, nachher in den meisten Fällen Amnesie, motorische Erregung, eine Beobachtung, die sich bei Wollenberg<sup>2)</sup> bestätigt findet. Bei den meisten Deliranten finden sich hier allerdings unter anderem die charakteristischen Tierhalluzinationen. Drei endeten einige Stunden nach der Aufnahme tödlich.

Das spätere Sinken führt Birnbaum auf die entgiftenden Einflüsse im Feld zurück, körperliche Anstrengung und Aufenthalt in frischer Luft.

Bei Oehmig und Robert bleibt noch 1916 die hohe Ziffer bestehen, während sie bei Bonhoeffer, Weichbrodt und Verfasser deutlich abnimmt. Beachtenswert ist, dass sowohl bei Bonhoeffer wie bei Oehmig und Verfasser der Prozentsatz der pathologischen Rauschzustände auf das vier- bis sechsfache der Friedensjahre steigt, was sich bei Bonhoeffer wie Verfasser mit der zahlreichen Zuweisung forensischer Fälle aus dem Heere erklärt. Zwar behauptet Oehmig in seiner Arbeit, dass die Zahl der pathologischen Rauschzustände bei Bonhoeffer im Gegensatz zu ihm

1) Birnbaum, Sammelber. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Heft 5, Jahrg. 1915.

2) Birnbaum, Sammelber. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Heft 5, Jahrg. 1915.

eine wesentliche Steigerung bringt. Prozentual steigt jedoch auch bei ihm die Zahl, 1917 sogar auf 54. Da nun die Dresdener Anstalt keine Soldaten aufnahm, die forensischen Fälle aus dem Heere also fortfallen, so findet sich auch hier die Ansicht Bonhoeffer's bestätigt, „dass hierin das auch sonst zu bemerkende Manifestwerden der psychopathischen Konstitution im Gefolge der Kriegsverhältnisse zum Ausdruck kommt.“

Tabelle V.

| Jahr      | 1. Grafenberg             |                                                               |                           | 2. Acht rheinische Heil- und Pflegeanstalten<br>1. 10. bis<br>1. 10. | 3. Städtische Heilanstalt Breslau |             |
|-----------|---------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------|
|           | a) Alkoholistenaufnahmen  | b) Alkoholpsychosen u. Rauschzustände<br>1. 10. bis<br>1. 10. | c) Deliranten             |                                                                      |                                   |             |
|           | pCt. Männer               | pCt. Männer                                                   | pCt. Männer               | pCt. Männer                                                          | pCt. Männer                       | pCt. Frauen |
| 1912—1913 | 25,5                      | 17,0                                                          | 7,3                       | 7,0                                                                  | 26,2                              | 5,9         |
| 1913—1914 | 24,4                      | 17,5                                                          | 5,9                       | 7,6                                                                  | 30,7                              | 3,8         |
| 1914—1915 | 15,2                      | 12,6                                                          | 4,9                       | 6,1                                                                  | 18,3                              | 0,9         |
| 1915—1916 | 9,5                       | 2,8                                                           | 0,3                       | 2,7                                                                  | 8,3                               | 1,4         |
|           | 1. 8. 16 bis<br>31. 1. 17 |                                                               | 1. 8. 16 bis<br>31. 1. 17 |                                                                      |                                   |             |
| 1916—1917 | 7,7                       | 2,1                                                           | 0,3                       | 2,5                                                                  | —                                 | —           |

Es folgt dann in Tabelle V eine Zusammenstellung aus einer Arbeit Peretti's-Düsseldorf. 1. Aus der Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg: a) Prozentsatz der Alkoholistenaufnahmen, b) Alkoholpsychosen und Rauschzustände, c) Prozentsatz der Deliranten; 2. Aus den acht rheinischen Heil- und Pflegeanstalten und 3. aus der städtischen Heilanstalt Breslau. Aus den beiden ersten ist nur der Prozentsatz der Männer veröffentlicht, aus den letzten auch der der Frauen. In allen Tabellen kommt augenfällig das ganz bedeutende Sinken der Alkoholkrankungen auf den im allgemeinen 3. bis 4. Teil gegen das letzte Friedensjahr, bei einigen sogar 12. bis 15. Teil, zum Ausdruck.

Im folgenden gebe ich Berichte über Alkoholpsychosen während des Krieges, die ich den Sammelreferaten von Birnbaum entnommen habe.

Gerver berichtet über ein Sinken der Alkoholpsychosen im russischen Heere auf 1 pCt., was auf die strikte Durchführung des Alkoholverbotes zurückzuführen sein soll.

Kruse berichtet aus Trinkerheilstätten von einer sofortigen Abnahme, ja gänzlichen Stockung der Aufnahmen im Anfange des Krieges. Die wenigen späteren Aufnahmen betrafen zum Teil solche Fälle, wo

die Kriegswirkungen den schon vorher Gefährdeten — Zivilisten und Militärpersonen — den letzten Halt genommen hatten.

Im Gegensatz zu den Beobachtungen obiger Autoren stellt Weichselbaum eine Zunahme der Alkoholpsychosen fest. Die Soldaten seien nach seiner Ansicht zum Dauertrinken gekommen, wobei der moderne Artilleriekampf mit seinen Erschütterungen des Nervensystems die Anreizung zu Beruhigungsmitteln abgab.

Hübner erwähnt Kriegsteilnehmer verschiedener Chargen, zum Teil jugendliche Soldaten, die unter dem Einfluss der Schützengrabenneurasthenie dermassen ins Trinken gekommen waren, dass sie nicht mehr zu gebrauchen waren und entlassen werden mussten.

In dem Jahresbericht der Berliner Auskunft- und Fürsorgestellten Alkoholkranker wird als Kriegsfolge eine Zunahme trunksüchtiger Frauen bemerkt, sowie solche des Trinkens von Brennspiritus mit Essigessenzen in gewissen Berliner Bezirken.

Auch Levy-Suhl berichtet, dass an der Front unter den Psychosen die alkoholistischen in verschiedenen Formen den 4. Teil ausmachten.

Ballei erklärt die 14,3 pCt. Alkoholisten noch 1916/17 vor allem aus dem Altersaufbau und der Trinkgelegenheit der Garnison.

Birnbaum stellt dagegen auch bei vielen anderen Autoren schon 1916 ein Abnehmen von Dauer unter den chronischen Alkoholisten fest.

Als Erklärung für die Senkung der Alkoholkurve wird von Römer fast ausschliesslich, von Oehmig teilweise das Fehlen der zum Heeresdienst einberufenen Jahresklassen in Betracht gezogen, die in Friedenszeiten vorzugsweise erkrankten. Römer<sup>1)</sup> sagt in einem Referat: Aus den Kurven ist zu ersehen, dass der Rückgang der Zahlen der Aufnahmeziffern nur auf Rechnung derjenigen Alterskategorien kommt, von denen die Mehrzahl im Felde abwesend ist, dass dagegen bei den übrigen Altersklassen eine Abnahme des Alkoholismus weder unter dem Einfluss des Ernstes der Zeit noch unter der Abkürzung der Polizeistunde nachzuweisen ist.

Die Garnison und Festung Königsberg mit ihren zahlreichen Schankstätten, Destillationen, Restaurants, Stehbierhallen, Bierkellern bietet doch gewiss eine reichliche Gelegenheit zum Genuss von Alkohol. In dieser Garnison nun halten sich dieselben Heeresangehörigen zusammengedrängt auf, die ins Feld gehen, die aus dem Felde kommen und eine grosse Anzahl, die nur zum Garnisondienst herangezogen werden können. Somit haben wir hier ein genaues Abbild der Angehörigen des Feldheeres, die sicher, aus dem Felde gekommen, die vermehrte Gelegenheit

1) Berl. klin. Wochenschrift. 1915. 33. Ref.

zum Genusse von Alkohol wahrnehmen. Wenn nun in der hiesigen Klinik trotz der Aufnahmen von grösstenteils Heeresangehörigen die Alkoholkurve sinkt, so wird man wohl den von Römer ausschliesslich geäusserten Faktor mit Sicherheit ausschliessen können, ganz abgesehen davon, dass der Alkoholismus bei den Frauen auf Null gesunken ist, Ein weiterer Beweis hierfür ist die folgende Tabelle VI, welche zeigt, dass die grösste Zahl der Aufnahmen unter 40 Jahren liegt. Hiervon bilden das vier- bis fünffache Militärpersonen. Auch die Zahl der Aufnahmen über 45 Jahren ist gegen das letzte Friedensjahr bedeutend, fast um den vierten Teil gesunken. Bei Peretti findet sich eine Bestätigung dieser Wahrnehmung, wie die Tabelle zeigt.

Tabelle VI.

| Jahr      | Alko-<br>holisten-<br>aufnahmen<br>über<br>45 Jahre |       | Zusammen | Alko-<br>holisten-<br>aufnahmen<br>unter<br>45 Jahre |       | Zusammen | Deliranten        |       |                  |       | Peretti,<br>Grafenberg:<br>Alko-<br>holisten-<br>aufnahmen |                   |
|-----------|-----------------------------------------------------|-------|----------|------------------------------------------------------|-------|----------|-------------------|-------|------------------|-------|------------------------------------------------------------|-------------------|
|           | Mil.                                                | Zivil |          | Mil.                                                 | Zivil |          | unter<br>45 Jahre |       | über<br>45 Jahre |       | über<br>45 Jahre                                           | unter<br>45 Jahre |
|           |                                                     |       |          |                                                      |       |          | Mil.              | Zivil | Mil.             | Zivil |                                                            |                   |
| 1913-1914 | —                                                   | 27    | 27       | —                                                    | 74    | 74       | —                 | 9     | —                | 4     | 42                                                         | 73                |
| 1914-1915 | 8                                                   | 4     | 12       | 158                                                  | 10    | 168      | 16                | 1     | 1                | —     | 20                                                         | 42                |
| 1915-1916 | 6                                                   | 9     | 15       | 97                                                   | 8     | 105      | 8                 | 1     | 1                | —     | 17                                                         | 42                |
| 1916-1917 | 0                                                   | 8     | 8        | 38                                                   | 9     | 47       | 1                 | 1     | —                | 2     | 10                                                         | 14                |

Auch ein Sinken infolge vermehrter Arbeitsmöglichkeit möchte ich von der Hand weisen, da ja niemand am Abend mehr Zeit hat, als der Soldat, und gerade in der Nähe der Kasernen die Schankstätten sich häufen.

In der Hauptsache ist das Sinken wohl in der Beschränkung der Gelegenheit zu suchen und dann in der abnormen Verteuerung des Alkohols. Auf den Bahnhöfen besteht teilweise Alkoholverbot, in vielen Städten war der Ausschank von Alkohol bis 4, ja bis 6 Uhr nachmittags verboten, desgleichen nach 10 Uhr abends. Verschiedentlich durfte Alkohol an Militärpersonen gar nicht abgegeben werden. In zweiter Linie kommt die Schwierigkeit in der Beschaffung von Alkohol und die damit verbundene Teuerung in Betracht. Kostet doch ein Korn, von dem man in Friedenszeiten zwei für etwa 15 Pfennige erhielt, jetzt 50—60 Pfennige, ein Likör, früher 10—15 Pfennige, jetzt 1,25 Mark; ein Glas Bier, früher 5—10 Pfennige, kostet jetzt 25 bis 30 Pfennige, ein Glas Wein, früher 40 Pfennige, jetzt 2,20—2,50 Mark. Auf Nachfrage erhält man bei den Verkäufern die Antwort, dass die

Lente wieder herausgehen, da es ihnen zu teuer ist. Weiter kommt hinzu, dass sämtliche Getränke nur noch etwa den dritten Teil und noch weniger des Alkoholgehaltes haben gegenüber dem der Friedenszeiten. Das Ausschlaggebende ist meiner Ansicht nach die hochgradige Teuerung. Wenn Teuerung auch sonst als ein Uebel empfunden wird, so kann man nur sagen, dass sie auf diesem Gebiete ein Segen ist, einer der wenigen, die uns der Krieg gebracht hat. Es wird ja wieder eine Zeit kommen, in der infolge der Freigabe und Verbilligung der Rohstoffe der Alkohol reichlicher fliessen und damit eine Verbilligung der alkoholischen Getränke herbeigeführt werden wird.

Es ist daher unbedingt erforderlich, ehe es zu spät ist, dass der Staat im Interesse der eigenen Erhaltung und zur Entlastung der Allgemeinheit hier die Steuerschraube anzieht, indem er unter Beibehaltung der jetzigen Preise den Differenzbetrag als Steuer einzieht. Schaden tut er damit niemand. Wenn man sieht, welche Schäden der Alkohol hervorruft, wie er die Grundfeste des Staates, das Familienleben, zerrüttet, Zank und Streit unter die Ehegatten sät und damit im engsten Zusammenhang die Kinder der Vernachlässigung und Verwahrlosung anheimfallen und dem Alkoholismus zugänglich gemacht werden, wie er zu Roheitsverbrechen und zur Gefährdung der Allgemeinheit und schliesslich zu jahrelangem Siechtum führt, so würde sich hier der Staat einen Nutzen von unübersehbaren Folgen schaffen. Den Werdegang eines Alkoholisten gibt, gerade durch seine Kürze erschütternd, unter der Rubrik „Stand“ eines unserer Diagnosenbücher wieder. Man liest hier „Lehrer, Maschinenschreiber, Gelegenheitsarbeiter“. Da bedarf es wohl weiter keiner Worte mehr. Gerade in der heutigen Zeit, wo so viel für Jugendpflege, Pflege des Familienlebens getan wird, wo die Eltern angehalten werden sollen, mehr ihren Kindern zu leben, ist es unumgänglich nötig, dem Alkoholismus, als dem, man könnte sagen, grössten Uebel auf diesem Gebiete durch die Massnahmen Einhalt zu tun, die als eine absichtslose Notwendigkeit fast spielend erreicht haben, was jahrelanger Kampf und Aufklärung nicht erreichen konnten. Diese Steuer würden die Müssiggänger und gerade diejenigen erfassen, die sich auch sonst etwas leisten können, so dass man den Alkohol schliesslich als Luxusgegenstand betrachten könnte. Da er selbst in mässigen Mengen genossen schadet, zum Leben absolut nicht notwendig ist, so ist dem kleinen Manne nur damit gedient, wenn er für ihn nicht erreichbar ist. Er bringt dann eben das Geld, das er sonst zum grossen Teile in den Schankstätten vergeudet, den Seinen und schenkt so dem Staate wieder gesunde und leistungsfähige Kinder. Was der Staat dadurch an Einkommen aus den Branntweinbrennereien, Brauereien usw.

verlustig geht, das wird ihm so, man könnte fast sagen, hundertfach ersetzt, indem die Volksgesundheit erhalten und gestärkt wird, die Arbeitskraft und Leistungsfähigkeit des einzelnen und damit seine Steuerkraft erhöht wird. Schliesslich stehen obigem Ausfall die Ersparnisse an Trinkerheilstätten, frühzeitiger Invalidenrente und an Unterstützung von infolge Alkoholismus des Ernährers verelendeten Familien gegenüber. Möge auch der Staat von diesem Standpunkte aus kräftig den Kampf gegen den Alkoholismus aufnehmen und möge er damit diese Segnung des Krieges, die ihm fast in den Schoss gefallen ist, hinüberretten in Friedenszeiten, zur Kräftigung und zum Wiederaufbau unseres deutschen Vaterlandes.

---

#### Literaturverzeichnis.

- Bonhoeffer, Ueber die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 41.
- Peretti, Ueber den Rückgang der Alkoholisten aufnahmen in den Anstalten seit dem Kriegsbeginn. Berliner klin. Wochenschr. 1918. Nr. 9. S. 211.
- Oehmig, Weiteres über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 43.
- Weichbrodt, Ueber die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 42.
- Robert, Inaugural-Dissertation. Ueber die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges an der Königlichen psychiatrischen und Nervenlinik zu Kiel.
-



XXX.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik zu Kiel.

## Beitrag zur Verantwortlichkeit des Irrenarztes.

Von

E. Siemerling.

Vielfachen an mich ergangenen Aufforderungen Folge leistend, gebe ich nachstehend die Darstellung über einen Fall von Wochenbettpsychose auf psychopathischer Grundlage, in dessen Verlauf es im Anschluss an eine Körperverletzung, welche die Patientin sich durch Sprung aus dem Fenster zugezogen hatte, zu einer Klage auf Schadenersatz gekommen ist.

Frau S. ist zweimal in der Nervenlinik behandelt worden.

1. Aufnahme. Frau S., Redakteursehefrau, 20 J. alt, aufgen. 8. 11. 1903, entl. 16. 12. 1903.

....., den 7. 11. 1903.

Attest.

Die Direktion der Universitäts-Nervenlinik zu Kiel bitte ich, die Ehefrau des Redakteurs Herrn S. aus I. aufnehmen zu wollen, weil sie an einer puerperalen Psychose erkrankt ist.

Die Krankheit begann am letzten Montag, 2. 11., und zwar im Anschluss an eine grössere Aufregung, in welche sie versetzt wurde dadurch, dass sie am Sonntag vorher mehr Besuch empfangen und bewirten musste. Die ersten 3 Wochen des Puerperiums verliefen ungestört. Anamnestisch ist noch zu bemerken, dass eine Urgrossmutter der Kranken geisteskrank gestorben ist, die Mutter auch „nervös“ ist, und dass die Kranke geistig stets angestrengt gearbeitet hat. Schwangerschaft normal verlaufen, die Kranke stillte ihr Kind selbst, ich habe das Kind jetzt entwöhnen lassen.

Die Krankheit äusserte sich zunächst in Halluzinationen, sie glaubte, die Menschen reden schlecht von ihr oder wollen ihr nicht wohl und ihr Mann schütze sie nicht vor den Leuten. Zunächst eruierten sich ihre Vorstellungen gegen die Wärterin, welche sie beschuldigte, dass sie ihr Kind nicht genügend pflege, und dass sie im Schlafe allerlei Ungünstiges über sie gesprochen habe. Ich liess am nächsten Tage die Wärterin nicht mehr zu ihr, und nur den Mann im Zimmer bleiben, ohne wesentlichen Erfolg. Depressionen, wo sie mit leeren Blicken vor sich hinstarrt und vielfach aufstöhnt, wechseln mit aufgeregten Szenen, wo sie ruhelos im Zimmer herum-



wandert, Nahrungsaufnahme nahezu völlig verweigert und auch nicht im Bette zu halten ist. Letzte Nacht hat sie gut geschlafen, war heute Morgen ruhig, aber völlig apathisch, heute Abend jedoch wieder aufgeregt. Da es hier an geeigneter Pflege mangelt und eine Heilung in einer Nervenheilanstalt mehr Aussicht auf Erfolg entspricht, habe ich die Ueberführung dorthin angeordnet.

gez. Dr. med. H.

Anamnese: Abgegeben vom Manne am 9. 11. 1903. Ref. ist seit 1 $\frac{1}{4}$  Jahr mit Pat. verheiratet; Mutter und Vater nervös; Urgrossmutter litt an Schwermut. Kein Trauma, keine Infektion, kein Potus. Pat. war vor ihrer Verheiratung in Hamburg auf der Handelsakademie, war hier wegen Nervosität in ärztlicher Behandlung. Während der Ehe sonst nichts Auffälliges bemerkt, war geistig ausserordentlich entwickelt; mit den Verwandten, auch mit den Eltern kam es oft zu Streitigkeiten, mit dem Manne nie. Hatte Pat. eine Kleinigkeit nicht richtig gemacht, so konnte sie sich Tage lang darüber aufregen, ihr Mann könnte böse darüber sein. Von früheren ernstlichen Krankheiten ist Ref. nichts bekannt. Am 12. v. Mts. zum ersten Mal entbunden; Entbindung war leicht, kein starker Blutverlust; Pat. nährte das Kind selbst. Wochenbett verlief normal; kein Fieber. Nach 10 Tagen stand Pat. auf; beschäftigte sich mit leichten häuslichen Arbeiten, zeigte kein abnormes Verhalten. Am 1. d. Mts. erwartete Pat. Besuch von einer Freundin; dieselbe traf anstatt, wie verabredet, am Nachmittage, schon gleich nach dem Mittagessen ein; Pat. wurde sehr erregt, dass sie dem Besuch kein Mittagessen mehr anbieten konnte, und zeigte von da ab ein aussergewöhnliches Verhalten; weinte viel, kümmerte sich um ihren Besuch wenig; auf einem am Nachmittage gemeinsam unternommenen Spaziergang musste Pat. sich sehr oft ausruhen, verlangte schliesslich, sie wollte mit ihrem Mann allein weitergehen. Gegen Abend beruhigte sich Pat. wieder. Am nächsten Morgen sehr erregt; hatte die Vorstellung, die Wärterin habe sie schlecht behandelt, sei schroff gegen sie gewesen; auf Zureden des Mannes trat wieder Beruhigung ein; Pat. blieb dann einige Zeit sich selbst überlassen; als nach ungefähr einer Stunde die Wärterin wieder ins Zimmer kam, fand sie Pat. und das Kind ausgezogen auf dem Bett liegend, die Augen geschlossen. Pat. rief: Wo ist mein Mann? Wo ist mein Junge? Mein Mann soll kommen usw. Nach ungefähr 2—3 Stunden schlug Pat. die Augen wieder auf, sprach mit der Umgebung geordnet, war nur etwas ängstlich; schien sonst normal zu sein; verhielt sich den Tag über und die folgende Nacht ruhig. Auch am folgenden Tage (Dienstag) zeigte Pat. nichts Auffälliges. In der Nacht vom Dienstag auf Mittwoch trat dann grosse Unruhe ein; Pat. stand oft auf, ging an das Bett des Kindes, an das des Mannes, in der Stube umher usw., sprach nicht dabei; von Sinnestäuschungen hat Ref. nichts bemerkt. Am nächsten Morgen schien Pat. dem Manne nicht mehr ganz normal zu sein; sie hatte die Idee, die Wärterin mache sie schlecht, verbreite das Gerücht, sie könne ihr Kind nicht ordentlich pflegen, verstehe es nicht. Beunruhigte sich, sie könne ihrem Kind nicht genügend Nahrung geben. Sprach bei der Unterhaltung nur über dieses Thema.

Pat. wurde von dieser Zeit an teilnahmlos gegen ihre ganze Umgebung, beachtete auch ihr Kind nicht mehr; ging am Wagen vorüber, ohne sich um das Kind zu kümmern, schien es vollständig vergessen zu haben. Redete die Umgebung nur mit Namen an, sprach sonst nicht. Auch mit dem Manne sprach sie fast gar nicht, schien ihn auch zeitweise nicht zu kennen. Aeusserte die Idee, sie würde von den Leuten schlecht gemacht, ihr Mann nähme sie nicht gehörig in Schutz, begünstige ihre Verfolger. Sagte zu ihrer Mutter, sie solle ihrem Manne nicht trauen, der habe die ganze Familie unglücklich gemacht. Stand nachts auf, schien Jemand im Zimmer zu sehen, rief: „Was wollen Sie hier?“ Glaubte einmal, der Arzt stände hinter der Tür, der Mann wolle es ihr nur nicht sagen. Wurde zuweilen sehr abweisend, schlug einmal dem Manne eine Tasse Milch aus der Hand, sagte, es sei etwas dazwischen. — Pat. nahm sehr wenig Nahrung; drehte meist, ohne etwas zu sagen, den Kopf ab; bei wiederholten Versuchen gelang es zuweilen, ihr etwas flüssige Nahrung einzufliessen. Nächte meist sehr unruhig; Schlafmittel, speziell Morphinum, blieben ohne Wirkung. Verdauung war bis Freitag gut, seit dieser Zeit keinen Stuhlgang gehabt. Menses waren früher stets in Ordnung. Während der Schwangerschaft träumte Pat. oft sehr lebhaft; glaubte sich in den Träumen verfolgt, stand dabei auf, sprach im Traum, antwortete im Traum dem Manne auf Fragen, war beim Erwachen dann die letzte Zeit sehr unruhig.

Selbstmordideen hat Pat. nie geäussert.

Anamnese: Abgegeben von der Mutter am 9. 11. Pat. früher nie ernstlich krank gewesen. Mit 17 Jahren zum ersten Male menstruiert; Menses regelmässig, häufig starker Blutverlust. In der Schule gut gelernt, war sehr ehrgeizig; konnte keinen Tadel vertragen; wurde gelegentlich eines unbedeutenden erhaltenen Tadels einmal in der Schule ohnmächtig; wusste mehrere Stunden nicht, wo sie war. Später bekam Pat. öfter aus geringen Anlässen, infolge Aerger meistens, Anfälle, in denen sie sich auf die Erde warf, mit den Händen um sich schlug und die Umgebung nicht zu kennen schien; hörte, was gesprochen wurde. Während der Ehe hat Pat. solche Anfälle nicht gehabt. Während Pat. im Elternhause leicht erregt und schwer zu lenken war, hat sie während der Verheiratung nichts derartiges gezeigt.

9. 11. Wurde gestern Abend 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr vom Manne gebracht; lässt sich mit geringem Widerstreben auf die Abteilung bringen; gibt z. B. keine Antwort. Hält sich während der Nacht ruhig im Bett, schläft nicht. Hat heute Morgen 1 Becher Milch getrunken. Ist sehr abweisend und widerstrebend, gibt auf Aufforderung nicht die Hand, zeigt nicht die Zunge. Gibt auf Fragen, auch auf energisches Zureden, keine Antwort. Als sie auf dem Wege zum Klosett die Rapportbücher auf dem Tisch liegen sah, sagte sie: „Das hab ich doch nicht geschrieben“. Sonst bisher keine sprachliche Aeussderung. Der Gesichtsausdruck ist meist matt und gleichgültig, zuweilen nimmt er einen ängstlichen Charakter an; sie sitzt ruhig im Bett, nestelt mit den Händen am Bettzeug herum oder fasst an die Bettlehne. Auch die Beine werden zuweilen unruhig hin und herbewegt. Passiven Bewegungen setzt sie überall energischen

Widerstand entgegen. Nimmt an den Vorgängen der Umgebung anscheinend gar kein Interesse.

Status som. am 9. 11. Grösse und Gewicht konnte wegen heftigen Sträubens nicht festgestellt werden. Temperatur 37,1°. Pupillen etwas über mittelweit, gleich, rund. Reaktion auf Licht vorhanden. Konvergenzreaktion und Augenbewegungen nicht genau zu prüfen. Fazialis symmetrisch. Zunge wird nicht gezeigt. Racheninspektion nicht zugelassen. Reflexe der oberen Extremitäten wegen heftigen Spannens nicht auszulösen. Abdominal- und Patellarreflexe vorhanden. Fusssohlenreflex vorhanden (Zehen plantarwärts). Sensibilität nicht zu prüfen. Leichtes vasomotorisches Nachröten. Patientin ist von mittlerer Grösse, von etwas grazilem Körperbau. Muskulatur und Fettpolster etwas schwach entwickelt. Mammae noch geschwellt; auf Druck entleert sich beiderseits milchige Flüssigkeit. Lungen, soweit bei dem heftigen Sträuben festzustellen ist, ohne path. Befund. Herztöne leise. Puls etwa 120, etwas klein, regelmässig. Abdomen nicht genauer zu untersuchen. Urin: Reaktion schwer. Eiweiss: Leichte Trübung, keine Zylinder. Kein Zucker. Pat. hat während der Untersuchung nur einmal geäussert: „Lassen Sie mich doch los“. Als Ref. weggeht, ruft sie ihm ängstlich nach: „Lassen Sie mich doch heraus“.

10. 11. War gestern im 3 stündigen Dauerbad ruhig, wenig gegessen; hat gar nicht geschlafen; fast die ganze Nacht aufrecht im Bett gesessen, dabei vollkommen ruhig. Heute morgen sitzt Pat. in hookender Stellung im Bett, zupft mit den Händen an der Bettdecke herum oder greift nach der Bettlehne. Blickt mit zuweilen etwas ängstlichem Gesichtsdruk im Zimmer herum; es macht den Eindruck, als ob sie etwas sagen wollte, aber nur selten kommt es zu spontanen Aeusserungen, wie z. B.: „Was habt Ihr mir getan?“ Pat. gibt auf Aufforderung nicht die Hand; setzt passiven Bewegungen heftigen Widerstand entgegen. Auf Befragen gibt Pat. keine Antwort.

14. 11. Verlässt heute mehrmals das Bett und drängt aus der Tür; lässt sich leicht wieder zurückführen. Seit gestern Menses.

16. 11. Heute morgen nicht mehr so widerstrebend; gibt bei der Visite die Hand. Half beim Bettmachen. Nimmt etwas besser Nahrung. Noch keine sprachlichen Aeusserungen.

17. 11. Pat. isst seit gestern bei allen Mahlzeiten von selbst ausreichend. Scheint auf die Umgebung etwas mehr zu achten.

(Krank?) „Nein“.

Spontan: Ich will aufstehen.

(Wie lange hier?) „Das weiss ich nicht“.

Menses vorüber. Die am 16. 11. wegen einer im Verein mit der Blutung eingetretenen abendlichen Temperatursteigerung vorgenommene gynäkologische Untersuchung ergab ganz normalen Genitalbefund.

17. 11. Versinkt nach kurzer Zeit wieder und antwortet nicht weiter. Wird im Laufe der Exploration wieder teilnahmlöser; sagt spontan: „Lassen Sie mich doch weggehen“.

19. 11. Pat. gibt heute, wenn auch zögernd, so doch auf die meisten

Fragen Antwort. Weiss nicht, wie lange sie hier ist; weiss aber, wer sie hergebracht hat. Fragt ängstlich, wo ihr Mann ist; als ihr gesagt wird: zuhause, fragt sie: „Wo zuhause?“

Als Pat. gesagt wird, sie sei in der Nervenklinik: „Das glauben Sie wohl selbst nicht, ich kenne solche Anstalt nicht“.

(Krank?) „Nein, ich war nicht krank; ich fühle mich ganz gut; ich möchte gern nach Hause“.

(Nicht Brief nach Hause schreiben?) „Ja, wo soll ich hinschreiben?“

(Wie alt ist Ihr Kind?) „Am 12. 10. geboren“ (richtig).

(Monat?) „November“.

(Datum?) „Weiss ich nicht“.

Macht im ganzen noch einen müden Eindruck, bringt die Antworten mühsam hervor, gibt auf Aufforderung die Hand. Bei passiven Bewegungen noch etwas widerstrebend.

20. 11. Gibt heute auf die meisten Fragen, wenn auch immer noch etwas zögernd, Auskunft, ist aber im ganzen etwas abweisend. Verlangt energisch, aufstehen zu dürfen. Weiss, dass sie den Arzt am Abend ihrer Aufnahme gesehen hat, weiss aber nicht, wo sie sich befindet. Sagt während der Unterhaltung öfter zum Arzt: „Das haben Sie gestern ja auch schon zu mir gesagt“ und ähnliches.

Spontan: „Warum haben Sie mir meinen Ring abgezogen?“

Auf Vorhalt, dass sich Pat. in Kiel befindet: „Dass wir hier in Kiel sind und wo wir sind, ist mir noch etwas unklar“.

21. 11. Zur Villa verlegt.

22. 11. Heute Besuch des Mannes. Sie erkundigt sich mit Interesse nach ihren Angehörigen, fragt nach ihrem Kinde. Erkundigt sich zweifelnd bei ihrem Manne, ob das hier auch Aerzte seien und ob sie sich wirklich in einer Klinik befinde; es sei ihr so vorgekommen, als ob sie in eine Mördergrube geraten sei.

22. 11. Unterhält sich in durchaus geordneter Weise mit dem Arzt, ist in keiner Weise abweisend oder widerstrebend. Sagt auf Befragen, sie sei jetzt vollkommen überzeugt, dass sie sich in einer Kieler Klinik befinde, und dass sie es mit richtigen Aerzten zu tun habe. Anfangs sei ihr hier alles so merkwürdig vorgekommen; sie habe gar nicht gewusst, wo wie war; habe geglaubt, alle sollten umgebracht werden; zuhause habe sie geglaubt, Dr. Hansing wolle sie und ihre Familie umbringen; darüber sei sie ängstlich und aufgeregt geworden. Stimmen habe sie zuhause nicht gehört; hier habe sie ihre Angehörigen rufen hören. Pat. nimmt gut Nahrung und schläft ohne Mittel.

26. 11. Aromat, Eisentinktur 3 mal tgl. 1 Esslöffel. Geht sehr gut. Hält sich vollkommen geordnet. Möchte gerne aufstehen. Aus den Mammae entleert sich keine Milch mehr.

30. 11. Pat. steht jetzt nachmittags einige Stunden auf, ist vollkommen geordnet, hat nur in ihrem ganzen Wesen etwas Albernes an sich. Ermüdet noch ziemlich schnell.

6. 12. Steht jetzt den ganzen Tag auf, beschäftigt sich mit Lesen, Briefschreiben und Handarbeiten, ist sehr guter Dinge, möchte gerne bald nach Hause. Sieht ein, dass sie krank war; glaubt, es sei durch Ueberanstrengung gekommen; spricht darüber ganz ruhig und geordnet.

11. 12. Geht sehr gut. Ist gleichmässiger Stimmung. Geht mit den anderen Damen spazieren usw.

16. 12. Pat. ist in letzter Zeit dauernd vollkommen geordnet, beschäftigt sich mit Handarbeiten, hat volle Krankheitseinsicht. Wird vom Manne nach Hause abgeholt.

2. Aufnahme: 12. 11. 1905. Entlassung: 8. 3. 1906.

Anamnese: Abgegeben vom Manne am 12. 11. 1905: Nach der Entlassung noch ziemlich erregt. Bekam ab und zu traurige Stimmungen. Hatte viel mit dem Weihnachtsfest zu tun. Später immer guter lustiger Stimmung. Februar-März 1904 allein nach Hamburg gereist. Bekam einen ihrer Anfälle. Lag 2 Stunden besinnungslos. Hatte Streit mit dem Bruder. Wird erregt, legt sich hin mit geschlossenen Augen, ruft nach Mann und Kind. Am nächsten Tag wieder gut, machte eine Kaffeegesellschaft mit. Mai 1904: Influenza. Hatte während derselben apathischen Zustand. Völlig teilnahmslos. Alles zitterte an ihr. Schlieft schlecht. Ging nach 4 Tagen wieder vorüber. Dann wieder ganz gesund. Vor  $3\frac{1}{2}$  Wochen Partus II. Gesunder Junge, normale Geburt, leicht, keine starke Blutung, Wochenbett normal. Stillte das Kind selbst bis heute, hatte anfangs viel Milch, dann wenig. 4. 11. Besuch von der Mutter. Schlieft schlecht. 6. 11. Abreise der Mutter. Pat. nachts sehr unruhig, „wühlte“. Phantasiert nicht. Hat traurige Stimmungen. Sagt, sei schlechte Frau, mache den Ihren Kummer, tue nichts. Isst noch ganz gut. Stuhlgang schlecht. Keine Suizidgedanken. Unterwegs unruhig. Versuch, aus dem Zug heranzuspringen. Ref. meint, es seien dieselben Symptome wie vor 2 Jahren, nur milder. Heute weinen und ausnehmend traurig. Behauptet, sie sei ganz gesund.

12. 11. Wird gegen 8 Uhr abends von ihrem Mann per Droschke gebracht. Geht ruhig auf die Abteilung. Zu Bett gebracht, verlangt sie fortwährend nach Hause, beruhigt sich jedoch bald. Schläft auf Schlafmittel ziemlich gut.

12. 11. Graziler Knochenbau. Schwächliche Muskulatur. Leidlich guter Ernährungszustand. Grösse: 1,51 m. Gewicht:  $53\frac{1}{2}$  kg. Temperatur: 37,8. Macht alle Augenblicke Anstalten, das Aerztezimmer zu verlassen. Behauptet, man habe sie nur zum Narren. Nach der Entlassung hier habe sie sich ganz wohl gefühlt gefühlt, sei auch ganz lustig gewesen. Auf Befragen, seit wann sie so traurig sei, sagt sie nach längerem Zögern, sie sei ganz gesund, sie möchte aufstehen, sie möchte nach Hause. Weint. Gibt zu, traurige Gedanken gehabt zu haben. Oertlich und zeitlich gut orientiert. Gedrückter, weinerlicher Stimmung. Hat in ihrem ganzen Wesen etwas Starres, sitzt wie traumhaft da. Beantwortet die meisten ansie gerichteten Fragen entweder nicht oder nur ganz kurz mit leiser Stimme. Verhält sich der Untersuchung gegenüber ablehnend.

Pupillen unter mittelweit, gleich, rund. R. L. +. R. C. +. A. B. frei Zunge wird nicht herausgestreckt. Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft. Patellarreflexe lebhaft. Zehen plantar. Gang sicher. Sprache, soweit zu prüfen, ohne Störung. Puls 80, regelmässig von mittlerer Spannung und Füllung. Herztöne leise, rein. Eingehende Untersuchung unmöglich, da von Patient abgelehnt. Urin: — Eiweiss, — Zucker. Zunge gerade, gering belegt. (Wie geht's im Kopf?) „Gut“. (Wie ist es seit damals gegangen?) „Ganz gut“. Antwortet nur sehr langsam, manchmal gar nicht. Isst mittags fast gar nichts. Verlangt nachmittags ein Buch zu lesen.

13.—14. 11. In der Nacht auf Schlafmittel ruhig geschlafen.

14. 11. Noch immer leicht gedrückter Stimmung. Liegt ruhig zu Bett. Hat noch immer in ihrem Aeusseren etwas Traumhaftes. Isst etwas besser. Tägliche Bäder.

14.—15. 11. In der Nacht auf Schlafmittel gut geschlafen.

15. 11. Erscheint heute etwas freier. Fragt, ob sie nicht nach Villa ober verlegt werden könne. Noch immer blutigen Ausfluss. Nach Villa II, zwischen 5 und 6 Uhr abends. Freut sich, wieder in Villa II zu sein. Liegt ruhig zu Bett.

16. 11. Geht morgens nach dem Klosett. Springt durch das Klosett-fenster auf den Hof. Schlägt mit dem Gesäss auf den Rasen auf. Als der Arzt kommt, liegt Pat. blass im Bett, fast pulslos, nicht bewusstlos. Auf Kampfer einspritzung (0,2) und Darreichung von Wein Puls etwas besser. Auf dem Dorsum manus links Schwellung und blaurote Verfärbung (Bluterguss). Am Gesäss oberflächliche Hautabschürfung. Frisches Blut. Auch in der Wäsche frisches Blut. Pat. klagt über heftige Schmerzen in der Lendenwirbelsäule. Irgendwelche Verletzung an Schädels, an den langen Röhrenknochen, an den Rippen nicht nachzuweisen. Die Untersuchung (Dr. Nösske) ergibt eine Fraktur des Processus spinosus des III. Lendenwirbels. Deutliche Krepitation an der Stelle nachweisbar, leichte Prominenz. Das rechte Bein wird aktiv etwas bewegt, ebenso der Fuss und die Zehen. Bewegungen im linken Bein nur minimal möglich, ebenso im Fuss. Besser die Bewegung der Zehen. Beiderseits kein Patellarreflex zu erzielen. Zehen schwach plantar. Keine Sensibilitätsstörung. Nach Baracke I. Ganz flach gelegt. Klagt andauernd über Schmerzen im Rücken, bittet um Schlafmittel. Erhält mittags 6 Par. Schläft darauf nur wenig. Puls abends regelmässig, kräftig, frequent. Bis abends noch kein Wasser gelassen, kein Stuhlgang. Aeussert am Abend auf Befragen, sie habe nicht mehr leben wollen, weil sie nicht mehr wert sei zu leben. Sei nicht gut zu ihrem Mann gewesen. Abends Morphinum 0,005. Später nochmals Schlafmittel: 6 Pa. Lässt in der Nacht den Arzt rufen, weil sie vor Schmerzen nicht schlafen könne. Erhält nochmals 0,3 Veronal.

17. 11. Kein Urin. Kein Stuhlgang. Klagt immer noch über Schmerzen in der Wirbelsäule, die allerdings geringer sein sollen als gestern. Das rechte Bein wird wenig bewegt, das linke Bein fast gar nicht. Linker Fuss und Zehen gut beweglich. Sensibilität ohne Störung. Kein Babinski. Fragt den Arzt, ob ein Bein abgenommen werden müsse. Dann wieder, sie werde wohl nicht

besser werden, sie werde wohl ein Krüppel. Betont, sie möchte wieder gesund werden. Morphium 0,0075. Urin per Katheter entfernt. Menge: 1000. Spez. Gewicht: 1032. Auf Kochprobe starker Eiweissniederschlag. 3 pro Mille nach Esbach. Kein Blut. Indoxyl +. Auf Glyzerinklystier Stuhlgang abends ins Bett. Nach Untersuchung von Dr. Nösske keine Krepitation mehr nachweisbar. Konsolidierung hat begonnen.

17.—18. 11. Auf 8 Pa. mit Unterbrechung geschlafen.

18. 11. Keine Schmerzen in der Wirbelsäule mehr. Klagt über kolikartige Magenschmerzen. Sei gestern vom Weintrinken benebelt gewesen. Wünscht dunkles Bier. Psychisch freier. Fragt, ob ihr Mann geschrieben habe. Schreibt an ihren Mann einige Zeilen. Kümmerst sich um die Vorgänge in ihrer Umgebung. Beinmasse: 10 cm oberhalb des oberen Patellarrandes rechts 39 cm, links 39 cm. 10 cm. unterhalb des unteren Patellarrandes rechts 28,5 cm, links 28,3 cm. Motilität, Sensibilität und Reflexe der Beine unverändert. Parästhesien: Kribbeln, taubes Gefühl in den Beinen. Urin per Katheter entleert. 350 Menge. 1030 spez. Gewicht. Sauer. O. i. 0 Sanguis. Albumen:  $< \frac{1}{4}$  pM. Kein Zylinder. Puls noch immer frequent. Stuhl angehalten.

18.—19. 11. In der Nacht trotz 0,75 Veronal schlecht geschlafen.

19. 11. Klagt über Schmerzen in den Kniekehlen. Watteunterlagen für Knie. Elektrischer Thermophor auf Blase. Gegen Mittag Urin spontan ins Bett. Beine können beiderseits von der Unterlage nicht erhoben werden. Füße und Zehen werden beiderseits etwas bewegt. Keine Sensibilitätsstörung. Lage-wahrnehmung intakt. Patellarreflex beiderseits 0. Kein Babinski.

22. 11. Psychisch freier. Keine Schmerzen. Deutlich fühlbarer Gibbus an der Frakturstelle. Durch Watterpolster Gibbus etwas hohl gelagert. Leichter seröser Erguss im linken Kniegelenk. (Patella tanzt.) Beide Beine können von der Unterlage nicht erhoben werden, auch nicht im Knie gebeugt werden. Bei extremen intendierten Bewegungen erfolgen leichte Bewegungen durch Beckenverschiebung. Patellarreflexe 0. Abdominalreflexe 0. Kein Babinski. Keine Sensibilitätsstörung. Geringe Bewegungen in beiden Füßen und Zehen beiderseits möglich. Keine Parästhesien. Urinlassen spontan. Im Urin nur noch Spuren Albumen. Keine Zylinder.

24. 11. Schlaf trotz Schlafmittel vielfach unterbrochen. Geringer seröser Erguss auch im rechten Kniegelenk. Befund sonst unverändert. Beschäftigt sich mit Lesen.

29. 11. Psychisch freier, gute Stimmung. Füße können beiderseits aktiv besser bewegt werden, rechts mehr als links. Auch eine leichte Bewegung im rechten Knie sichtbar. Auf Aufforderung, die Beine anzuziehen, deutlich sichtbare Kontraktion der Adduktoren des Oberschenkels. Keine Patellarreflexe. Kein Babinski. Die Rückenlage im Bett durch Hohlagerung des Gibbus durch Watterpolsterung zunächst noch beibehalten. Urin zeigt nur noch geringe Opaleszenz. Schlaf auf Schlafmittel etwas besser.

1. 12. Mitunter leicht gedrückter Stimmung, macht sich Gedanken, dass ihr Leiden noch lange dauere und sie Weihnachten noch hier verleben müsse.

2. 12. Beinmasse: 10 cm oberhalb des oberen Patellarandes rechts 39,5 cm, links 38,5 cm. 10 cm unterhalb des unteren Patellarrandes rechts 30,0 cm, links 30,2.

10. 12. Psychisch andauernd frei. Guter Stimmung. Appetit gut, mitunter bekomme sie nach dem Essen Magenschmerzen. Urinfunktion in Ordnung, Urin eiweissfrei. Stuhlgang träge, durch Califig und Glyzerinklystiere geregelt. Haut der Beine etwas trocken. Beiderseits noch leichter seröser Erguss im Kniegelenk. Die Beine erscheinen in toto leicht ödematös; Oedem nicht direkt nachweisbar. Die Motilität insofern etwas besser als das rechte Knie minimal gebeugt werden kann, so dass man mit der Hand zwischen Unterlage und Kniekehle hindurch kann. Das rechte Bein kann in toto angespannt und soweit gehoben werden, dass gerade ein Finger zwischen Unterlage und Ferse hindurch kann. Das linke Bein kann von der Unterlage nicht aufgehoben werden; man sieht links deutliche Kontraktion der Adduktoren des Oberschenkels. Beide Füße und sämtliche Zehen werden gut bewegt, rechts noch besser als links. Patellarreflex beiderseits auch bei Jendrassik 0. Sensibilität ohne Störung. Kein Babinski.

17. 12. Psychisch freier. Pat. ist imstande, das rechte Bein ungefähr 10 cm von der Unterlage emporzuheben, das linke etwas weniger. Patellarreflex fehlt.

19. 12. Leichtes Oedem am rechten Unterschenkel. Heute Bewegungsfähigkeit in den Beinen etwas schlechter als die Tage vorher.

21. 12. Bewegungsfähigkeit wieder besser.

27. 12. Rechtes Bein kann gestreckt etwa 15 cm von der Unterlage gehoben werden, es kann im Knie gebeugt werden und beim Beklopfen der Patellarsehne ist eine Kontraktion des Quadrizeps zu fühlen. Das linke Bein kann aktiv von der Unterlage nicht erhoben werden, nur ein leichtes Anziehen und geringe Beugung im Knie ist möglich. Bewegung im Fussgelenk rechts ganz frei, links nur noch wenig beschränkt. Passiv kann das linke Bein im Knie bewegt werden, ohne dass besondere Schmerzen geäussert werden.

30. 12. Patellarreflexe noch nicht auszulösen.

31. 12. Beinmasse: 10 cm oberhalb des oberen Patellarrandes rechts 37,7 cm, links 36,7 cm; 10 cm unterhalb des unteren Patellarrandes rechts 29,3 cm, links 29,7 cm. Rechtes Bein bis 25 cm von der Unterlage erhoben.

2. 1. 1906. Patellarreflex rechts angedeutet.

8. 1. Von heute ab regelmässig Bad, Faradisieren. Faradische und galvanische Untersuchung der Muskeln und Nerven beider Beine ergibt normale Zuckungsformel, aber quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit.

17. 1. In den letzten Tagen war Baden und Faradisieren wegen der Menses abgesetzt. Als der Arzt vorsichtig nach der Ursache ihres Suizidversuches hier fragen will, weint sie und sagt, sie wolle nicht darüber sprechen. Gesprächsweise äussert sie der Schwester Gerda gegenüber folgendes: sie habe sich hier unten in der Baracke I schon sehr wohl gefühlt und keinerlei Selbstmordgedanken gehabt. Als sie nach Villa II verlegt wurde, habe sie sich zunächst gleich geängstigt vor einer Mitpatientin (Frau Dr. W.). Da sei ihr mit



einem Mal der Gedanke gekommen, sich mit einem Messer das Leben zu nehmen. Sie hätte es aber nicht ausführen können, weil zu viel Menschen im Zimmer waren. In der Nacht vom 15./16. ohne trübe Gedanken geschlafen. Am 16. morgens sei ihr auch gut gewesen, ging um 9 Uhr aufs Klosett ohne Selbstmordgedanken. Hier öffnete sie das Fenster, um hinauszusehen. Da kam ihr plötzlich der Gedanke, sie müsse sterben, es könne sie doch kein Mensch leiden, stieg aufs Klosett, dann aufs Fenster und stürzte sich hinaus. Von da an wisse sie nichts mehr, bis sie sich in ihrem Bett wiederfand.

22. 1. Allmähliche Zunahme der Bewegungsfähigkeit auch des linken Beins. Patellarreflex nur rechts auszulösen. Schmerzen im oberen Drittel des Ischiadikus beiderseits bei passiven Bewegungen. Seit gestern von Dr. Nösske Höherlegen des Kopfes angeordnet. Hat gestern eine kurze Zeit aufrecht im Bett gesessen, mit Heraushängen der Beine. Wirbelsäule dicht unterhalb des Gibbus druckempfindlich. Ist sehr lustig, scherzt viel mit den Oberinnen und ihrer Mitpatientin.

27. 1. Richtet sich heute allein auf und sitzt seitlich im Bett mit heraushängenden Beinen. Stützkorsett angemessen (Dr. Nösske). Geht im Zimmer einige Schritte auf und ab, an beiden Seiten unterstützt. Ist sehr erfreut darüber.

30. 1. Patellarreflex schwer auszulösen.

1. 2. Täglich kurze Gehversuche mit Unterstützung an beiden Seiten.

6. 2. Beinmasse: 10 cm oberhalb des oberen Patellarrandes rechts 40 cm, links 39,5 cm; 10 cm unterhalb des unteren Patellarrandes rechts 29,3 cm, links 29,8 cm.

9. 2. In den letzten Tagen Patellarreflex links nicht auszulösen, auch bei Jendrassik nicht. Macht Gehübungen am Gehapparat. Geht auch einige Schritte allein. Linker Fuss stark nach auswärts gesetzt. Linkes Bein wird geschont. Bei extremen Beugungen (passiven) des gestreckten Beines beiderseits Schmerzen im Verlauf des obersten Drittels des Ischiadikus. Psychisch sehr heiter, ausgelassen, lacht viel, macht Witze und Spässe. Appetit gut. Schlaf ohne Schlafmittel gut.

10. 2. Nach Villa II.

16. 2. Muss wegen Menses zu Bett bleiben, weint deshalb. Nachher bei Besuch vergnügt, feiert Geburtstag, lacht viel. Am rechten Oberschenkel starke Herabsetzung des Schmerzgefühls. Tastgefühl stellenweise fast aufgehoben. Parese links stärker. Links an den Lendenwirbeln fühlt man einen starken Kallus, der druckempfindlich sein soll. Galvanisch findet sich an den Extremitäten überall gute Zuckung. Quadrizeps links 5, rechts 4 MA., Nervus peroneus links 1, rechts 1 MA., Musc. peroneus links 2, rechts 2 MA., Musc. tibialis anticus links 3, rechts 2 MA., Nervus tibialis links 2, rechts 3 MA., Gastrocnemius links 2, rechts 2 MA. Pat. kann am Gehapparat ganz gut gehen, schont noch das linke Bein.

23. 2. Auffallend heiter, lacht sehr viel. Sagt, sie könne nachts nicht schlafen, bittet um Schlafpulver. Macht alberne Gedichte.

2. 3. Nächte wechselnd. Stimmung sehr heiter. Gang zunehmend besser.

6. 3. Patellarreflex rechts deutlich, links nicht sicher. Beide Beine aktiv bis zum rechten Winkel erhoben. Beim Gehen im Korsett kein Fuss geschleppt. Vorderfläche des rechten Oberschenkels analgisch und stark hypästhetisch. Kein Babinski. Wirbelsäule im Lendenteil noch leicht druckempfindlich. Pat. ist heiter und hat keine Klagen, ausser dass das Korsett sie behindert. Will nachts immer noch Schlafpulver am Bett hingestellt haben. Drängt auf Entlassung. Volle Krankheitseinsicht.

8. 3. Vom Mann abgeholt, „geheilt“ entlassen. Sagt beim Fortgehen, sie habe Ausfluss, ob das nicht behandelt werden müsse? Vorher nie geklagt.

Am 5. 12. 1907 erhob der Redakteur C. S. Klage gegen den Fiskus auf Zahlung von 6110,79 M. nebst 4 pCt. Zinsen seit Klagezustellung.

Es wurde am 30. 3. 1908 beschlossen, Beweis zu erheben darüber, ob der Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers, Frau Agathe S. in I., die am 12. 11. 1905 wegen einer infolge einer Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der Kieler Universität aufgenommen wurde, am 14. 11. 1905 ein derartiger war, dass man es nicht für gefährlich erachten konnte, sie aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen, oder damals noch, namentlich mit Rücksicht darauf, dass Frau S. am 12. 11. auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, die Gefahr nahe lag, dass sie Selbstmord verüben könne.

Es fanden die Vernehmungen der Aerzte statt.

Dr. Flatau gab bei seiner Vernehmung am 14. 5. 1908 folgendes an: Soweit ich mich noch erinnern kann, war der Zustand der Frau S. am 14. 11. 1905 ein derartiger, dass man es wagen konnte, sie aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen. Der Zustand muss ein derartiger gewesen sein, weil sonst diese Verlegung von Herrn Geh.-Rat Siemering nicht angeordnet worden wäre. Der Ehemann, also Kläger, hatte, wie ich mich erinnere, auf die Verlegung nach dem offenen Hause mit der eleganteren Einrichtung, angenehmeren Umgebung und freieren Behandlung gedrängt. Doch wäre dieser Punkt für die Verlegung allein nie bestimmend oder gar ausschlaggebend gewesen; geschweige denn, wenn man einen Selbstmordversuch der Kranken noch geargwöhnt hätte. Als Beweis dafür, wie sorgfältig man an der Kieler Klinik bei der Verlegung von Patienten aus der Wachabteilung nach dem offenen Hause verfuhr, führe ich an, dass derartige Verlegungen nur von dem Direktor oder Oberarzt der Klinik angeordnet wurden. Der Stationsarzt der in der 2. Etage gelegenen offenen Abteilung für Kranke 1. und 2. Klasse war der Oberarzt, also der erfahrenste der Assistenten, der seinerseits jederzeit, wenn notwendig, Kranke wieder nach der Wachabteilung zurückverlegte. Der Versuch der Frau, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, braucht nicht unbedingt in selbstmörderischer Absicht unternommen worden zu sein, ob er nicht vielmehr aus der Angst und dem Widerwillen heraus, wieder nach der Klinik verbracht zu werden, entstanden sein mag, vermag ich heute nicht mehr anzugeben, da mir die Einzelheiten der Vorgeschichte der letzten Erkrankung aus dem Gedächtnis entschwunden sind.

Ioh will nicht unterlassen zu erwähnen, dass ich am 22. 8. 1906, an

welchem Tage ich in I. vor der Strafkammer des Amtsgerichts als Sachverständiger in einem Brandstiftungsprozess zu tun hatte, den Kläger und dessen Gattin in ihrem Haus besuchte. Ich fand Frau S. ganz wohl aussehend, in allerbesten vergnügtester Stimmung, ich sah sie per Rad nach Hause kommen vom Schwimmen oder Baden. Beide Ehegatten sprachen sich ganz befriedigt über den damaligen Gesundheitszustand der Frau S. aus.

Bei der Vernehmung am 27. 6. 1908 gab Geh.-Rat Siemerling an: Die Ehefrau des Klägers war bereits im Jahre 1903 in der Nervenlinik untergebracht, aus Anlass einer ängstlichen Verstimmung, die sich auch damals an das Wochenbett angeschlossen hatte. Sie erholte sich aber damals sehr schnell, so dass sie schon nach kurzer Zeit als geheilt entlassen werden konnte. Am 7. 11. 1905 war dann der Kläger persönlich bei mir behufs Besprechung wegen der abermaligen Aufnahme seiner Ehefrau in die Anstalt. Er teilte mir entweder damals oder am 12. 11., als er mir seine Frau selber brachte, mit, dass seine Frau in der Zwischenzeit geistig durchaus normal gewesen sei, abgesehen davon, dass ab und zu traurige Verstimmungen eingetreten seien. Die jetzige Gemütskrankheit habe sich wiederum an das Wochenbett angeschlossen, sei aber weniger schlimm („milder“) als das vorige Mal. Er erwähnte, als er seine Frau herbrachte, auch noch, dass dieselbe auch keine Selbstmordideen an den Tag gelegt habe, abgesehen davon, dass sie während der Hinfahrt aus dem Eisenbahnzuge habe herausspringen wollen. Ich meine auch, kann mich dessen aber nicht bestimmt entsinnen, dass er damals den Wunsch geäußert hat, seine Frau möchte sobald als möglich aus der Ueberwachungsstation in die sogenannte Villa gebracht werden. Die Ueberwachungsstation besteht aus 2 Sälen, einer Anzahl anschliessender Zimmer und Nebenräumen. Sie liegt zu ebener Erde und die Fenster sind so eingerichtet, dass ein Entweichen aus denselben nur mit erheblicher Kraftanstrengung möglich ist. Die sogenannte Villa (das offene Haus) ist ein hiervon getrennt liegendes Gebäude, in welchem die Krankenzimmer für die Kranken 1. und 2. Klasse sämtlich eine Treppe hoch liegen. Hier befinden sich gewöhnliche Fenster ohne besondere Schutzvorrichtungen. Die Frau S. wurde zunächst in der Ueberwachungsstation untergebracht und, wie ich annehme, anfänglich in einem der erwähnten Säle. Dann aber kam sie in eines der zu der Ueberwachungsstation gehörenden einzelnen Zimmer. Ihr Befinden besserte sich wiederum sehr schnell. Sie wurde sehr bald ruhig und zeigte insbesondere keine Anzeichen, die auf Selbstmordideen hindeuteten. Zugleich drängte sie sehr darauf, aus der Ueberwachungsstation in die sogenannte Villa überführt zu werden, weil die Räume dort angenehmer sind als in der Ueberwachungsstation, auch die ganze Umgebung dort ruhiger ist. Insbesondere ist auch in den Einzelzimmern der Ueberwachungsstation vielfach Geschrei von anderen Patienten zu hören, was in der sogenannten Villa wegfällt.

Am 15. 11. (nicht 14.) äusserte die Frau S., die sich damals jedenfalls bereits in einem Einzelzimmer befand, bei der Visite persönlich zu mir den Wunsch, in die obere Villa verlegt zu werden. Mit Rücksicht auf die erwähnte Besserung ihres Zustandes hegte ich kein Bedenken, diesem Wunsche stattzugeben und es erfolgte darauf auf meine Anordnung am späteren Nachmittag

dieses Tages die Ueberführung der Frau in die Villa. Sie war insbesondere an diesem Morgen durchaus ruhig gewesen. Sie äusserte nach den vorhandenen Aufzeichnungen auch noch ihre Freude darüber, wieder in der Villa zu sein.

Möglich ist, dass der Kläger bei der erwähnten Gelegenheit lediglich den Wunsch ausgesprochen hatte, dass seine Frau möglichst bald aus dem allgemeinen Saal in ein besonderes Zimmer, nicht speziell in die sogenannte Villa, gebracht werden möge. Es ist mir auch nicht bestimmt erinnerlich, ob er, als er seine Frau brachte, mit mir persönlich oder mit Dr. F. gesprochen hat. Er ist alsbald wieder abgereist und wird keine Kenntnis davon erlangt haben, wie seine Frau demnächst, vor ihrer Ueberführung in die Villa, in ein Einzelzimmer der Ueberwachungsstation gebracht war. Die Angehörigen der Kranken äussern in der Regel den Wunsch, dass die Kranken baldmöglichst aus dem allgemeinen Saale in ein besonderes Zimmer, und, wenn sie die Verhältnisse näher kennen, auch, dass sie baldmöglichst in die sogenannte Villa gebracht werden.

Zur Zeit der Anordnung der Ueberführung der Frau S. in die Villa hielt ich die Gefahr eines Selbstmordversuches für ausgeschlossen.

Unter dem 10. Mai 1908 erstattet Geh. Rat Flechsig - Leipzig folgendes

#### Gutachten.

In Sachen des Redakteurs S.

gegen den Königlich Preussischen Fiskus Universität Kiel erstatte ich auf Grundlage des Aktenmaterials ein Gutachten, indem ich mich darüber äussere, „ob der Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers, die am 12. November 1905 wegen einer infolge einer Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der Kieler Universität aufgenommen wurde, am 14. November 1905 ein derartiger war, dass man es nicht für gefährlich erachten konnte, sie aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen, oder ob damals noch namentlich mit Rücksicht darauf, dass Frau S. am 12. November auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, die Gefahr nahe lag, dass sie einen Selbstmord verüben könne“ (A.-Bl. 25).

In der Klage wird geltend gemacht, dass die Ehefrau des Klägers im Jahre 1903 nach einer Entbindung von einer melancholischen Verstimmung befallen wurde und einige Zeit als vorübergehend geisteskrank in der Königl. psychiatrischen und Nervenlinik zu Kiel behandelt wurde. Am 11. November 1905 wurde sie neuerlich vom Kläger der Klinik mit der Dr. F. gegenüber gemachten Angabe zugeführt, dass die Kranke auf der Fahrt nach Kiel wiederholt versucht habe, sich aus dem Eisenbahnzuge zu stürzen. Am nächsten Tage habe der Kläger über diesen Punkt noch mit Prof. Siemerling gesprochen, der ihm mitteilte, dass bei der Patientin ein Anfall von Schwermut vorliege, der

anscheinend nur leicht sei und in 2—3 Wochen gehoben sein werde. Am dritten Tag nach der Aufnahme stürzte sich Frau S. aus dem Fenster eines Klosetts und zog sich dadurch einen Bruch der Wirbelsäule zu. Für die Folgen dieser Tat machte der Kläger den Königlich Preussischen Fiskus verantwortlich, da er in der Unterbringung seiner Frau in einem offenen Hause ein Verschulden der Beamten der Klinik erblickte (A.-Bl. 1—16).

Seitens des Beklagten wird erklärt, dass ein Verschulden deshalb nicht anzunehmen sei, weil Frau S. in die modernen Anforderungen entsprechend eingerichtete offene Abteilung erst dann überführt wurde, nachdem sie sich beruhigt hatte und nach gewissenhafter sachverständiger Ueberzeugung der Aerzte kein Bedenken gegen die vom Kläger selbst gewünschte Verlegung vorlag (A.-Bl. 11—13).

Aus dem Berichte des Direktors der Klinik ist zu entnehmen, dass Frau S. zum ersten Mal wegen ängstlicher Erregung mit Sinnes-täuschungen in Behandlung der Klinik stand, sich schon 12 Tage nach der Aufnahme soweit beruhigt hatte, dass sie in die offene Abteilung verlegt werden konnte und am 16. Dezember 1903 als geheilt entlassen werden konnte. Nach ihrer Entlassung habe sie wiederholt an Anfällen trauriger Verstimmung gelitten, die jedoch immer rasch vorüber gingen. Bei der Aufnahme habe der Ehemann ausdrücklich erklärt, die Symptome seien milder wie bei der ersten Erkrankung, die Patientin habe zu Hause keine Selbstmordabsichten geäußert und nur unterwegs den Versuch gemacht, aus dem Zuge zu springen. In der Klinik habe Frau S. sich rasch wieder beruhigt und am 14. November einen so freien Eindruck gemacht, dass kein Bedenken gegen ihre Verlegung nach dem offenen Hause vorlag. Am Abend desselben Tages erschien sie ruhig und zufrieden und zeigte keine Spur ängstlicher Verstimmung, auch die Nacht verlief ruhig. Der Sprung aus dem Fenster sei in einem momentanen Anfälle von Angst geschehen, wie er später nicht mehr auftrat (A.-Bl. 14—15).

Dr. Flatau gibt bei seiner Vernehmung an, dass der Zustand der Frau S. am 14. November ein derartiger war, dass man es „wagen“ konnte, sie aus der Ueberwachungsstation ins offene Haus zu führen; zum Beweise beruft er sich auf Prof. Siemerling, auf dessen Anordnung die Verlegung geschah; auch weist er daraufhin, dass der Versuch von Frau S., auf der Fahrt aus dem Eisenbahnzuge zu springen, nicht in selbstmörderischer Absicht geschehen sein müsste, er könnte wohl auch aus Angst und Widerwillen, nach der Klinik gebracht zu werden, unternommen worden sein (A.-Bl. 31).

Prof. Siemerling erklärt auch bei seiner Vernehmung als Zeuge (Bl. 38 fg.), dass das Befinden von Frau S. sich bei ihrem zweiten Auf-

enthalt in der Klinik sehr schnell besserte. Sie wurde sehr bald ruhig und zeigte insbesondere durchaus keine Anzeichen, die auf Selbstmordideen hindeuteten. Die Patientin habe sehr darauf gedrängt, aus der Ueberwachungsstation in die Villa überführt zu werden, weil die Räume dort angenehmer sind, als in der Ueberwachungsstation und die Umgebung dort ruhiger ist. Frau S. war am Tage der Ueberführung durchaus ruhig, so dass er keine Bedenken trug, sie in die Villa zu verlegen, worüber sie Freude äusserte. Er habe zur Zeit der Anordnung der Ueberführung von Frau S. in die Villa die Gefahr eines Selbstmordversuches für ausgeschlossen gehalten (A.-Bl. 38—41).

Aus der während des zweiten Aufenthalts von Frau S. in der Kieler Klinik geführten Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass sie Februar bis März 1904 allein nach Hamburg gereist war, wo sie einen ihrer Anfälle bekam. Sie lag 2 Stunden besinnungslos, nachdem sie einen Streit mit dem Bruder gehabt hatte; sie legte sich mit geschlossenen Augen hin und rief nach dem Mann und Kind. Am nächsten Tage erschien sie wieder gut und machte eine Kaffeegesellschaft mit. Die Geburt erfolgte 3 1/2 Wochen vor der zweiten Aufnahme; sie war normal Patientin stillte selbst. Bei der Aufnahme am 12. November 1905 ging sie ruhig auf die Abteilung; zu Bett gebracht verlangte sie fortwährend nach Hause, beruhigte sich jedoch bald. Am 13. November machte die Kranke während der Untersuchung alle Augenblicke Anstalten, das Zimmer zu verlassen, und behauptete, man halte sie bloss zum Narren. Sie äusserte ganz gesund zu sein, wollte aufstehen und nach Hause gehen, weinte dabei. Oertlich und zeitlich erschien sie gut orientiert, war gedrückter Stimmung, hatte in ihrem Wesen etwas Starres, sass traumhaft da. Auf Fragen antwortete sie entweder gar nichts oder nur ganz kurz, mit leiser Stimme, ablehnend. Am 14. November lag sie ruhig im Bett, erschien noch immer gedrückter Stimmung, hatte in ihrem Wesen noch etwas Traumhaftes. Am 14. November erschien sie freier, am selben Tage wurde sie in die Villa verlegt, worüber sie sich freute. Am 16. November sprang sie morgens aus dem Klosett auf den Hof.

Bezüglich ihres Seelenzustandes unmittelbar vor dem Selbstmordversuch äusserte Frau S. nach der Krankengeschichte (Bl. 50b) wohl einem Arzt gegenüber: „sie habe nicht mehr leben wollen, weil sie nicht mehr wert sei zu leben; sie sei nicht gut zu ihrem Mann gewesen“. Später äusserte sie angeblich (Bl. 54) zu einer Krankenschwester, dass sie sich schon auf der Baracke sehr wohl fühlte und keinerlei Selbstmordgedanken hatte. Als sie auf die Villa verlegt wurde, habe sie sich gleich vor einer Mitpatientin geängstigt; da sei ihr mit einem Male

der Gedanke gekommen, sich mit einem Messer das Leben zu nehmen, was sie aber in der Umgebung anderer nicht ausführen konnte. In der Nacht vom 15. auf den 16. habe sie ohne trübe Gedanken geschlafen, auch am 16. morgens sei ihr gut gewesen, ebenso sei sie ohne Selbstmordgedanken ins Klosett gegangen, als sie aber dort das Fenster öffnete, kam ihr plötzlich der Gedanke „sie müsse sterben, es könne sie ja doch kein Mensch leiden“.

Aus einem Zeugnisse des Dr. H. aus I. für die erste Aufnahme in die Klinik entnehmen wir, dass die Urgrossmutter geisteskrank war und ihre Mutter nervös ist. Ferner berichtet dieses Zeugnis, dass die erste Erkrankung im Jahre 1903 ganz akut im Anschluss an eine Aufregung auftrat. Die Kranke halluzinierte, glaubte, dass die Leute schlecht von ihr redeten, äusserte Beeinträchtigungsideen gegen die Wärterin. Sie war zeitweilig gehemmt, dann wieder erregt, wanderte ruhelos herum.

Nach Angabe des Mannes bei der ersten Aufnahme war auch der Vater der Patientin nervös. Vor der Verheiratung stand sie, als sie noch auf der Handelsakademie studierte, wegen Nervosität in ärztlicher Behandlung. Sie war geistig ausserordentlich entwickelt. Mit Eltern und Verwandten hatte sie oft Streitigkeiten. Während der ersten Schwangerschaft träumte Patientin oft sehr lebhaft, glaubte sich im Traum verfolgt, stand dabei auf, sprach und beantwortete dem Manne aus dem Schlafe Fragen. Beim Erwachen war sie sehr unruhig. Die Mutter der Frau S. erzählte, dass sie in der Schule sehr ehrgeizig war, keinen Tadel vertragen konnte und einmal gelegentlich eines unbedeutenden Tadels in der Schule ohnmächtig wurde und dadurch einige Stunden nicht wusste, wo sie sich befand. Später bekam sie öfters aus geringen Anlässen meistens infolge Aergers Anfälle, in denen sie sich auf die Erde warf, mit den Händen um sich schlug, die Umgebung scheinbar nicht erkannte, aber hörte, was gesprochen wurde.

Von einem Selbstmord in der Familie der Frau S. ist nirgends etwas erwähnt, so dass eine angeborene familiäre Anlage zum Selbstmord, angeborene Schwäche des Selbsterhaltungstriebes nicht angenommen werden kann. Im Anfang ihres ersten Aufenthaltes in der Klinik erschien Frau S. verwirrt, ratlos, etwas ängstlich, zeitweilig war sie erregt, drängte fort und neigte zur Bildung von Wahnideen, die eine gewisse phantastische Färbung hatten. Melancholische Wahnvorstellungen, lebhafte Angstafekte und Selbstmordneigung traten in der damaligen Beobachtung überhaupt nicht hervor. Die Kranke gewann allmählich im Verlaufe von 14 Tagen die Orientierung und konnte nach 5 Wochen als geheilt entlassen werden.

Ein Urteil über die Zulässigkeit der Behandlungsweise, welche Frau S. in der Nervenlinik zu Klieel während ihres zweiten Aufenthaltes erfuhr, kann sich nur auf eine genaue Kenntnis der hier vorhandenen Krankheit gründen; tatsächlich kennen wir ja Krankheitszustände, bei denen das Ausserachtlassen strengster Ueberwachung des Patienten geradezu als Kunstfehler angesehen werden muss. Beziehungen zu derartigen Krankheitsbildern sind nicht nur durch den von Frau S. begangenen Selbstmord gegeben, sondern scheinen namentlich nach den vom Kläger besonders betonten Momenten vorzuliegen. Das in den Akten enthaltene, oben angeführte Tatsachenmaterial ist umfassend genug, um einen Einblick in das Wesen der von Frau S. 1905 durchgemachten Geisteskrankheit zu gestatten. Zur Charakterisierung ist es notwendig, zunächst eine Skizze der Gesamtpersönlichkeit und ihrer psychopathischen Zustände zu entwerfen.

Frau S. ist erblich belastet; ihre Urgrossmutter war geisteskrank, beide Eltern nervös. Intellektuell scheint sie sehr gut veranlagt, da sie eine höhere Fachschule besuchte und nach Angabe des Mannes geistig ausserordentlich entwickelt war. Freilich dürfte die geistige Entwicklung auf Kosten der körperlichen und nervösen erfolgt sein, denn wir hören, dass sie schon während ihrer Studien auf der Handelsakademie wegen Nervosität in ärztlicher Behandlung stand. Psychopathische Züge lassen sich übrigens schon bis in die Kindheit verfolgen; denn wie die Mutter angab, konnte das ehrgeizige Mädchen keinen Tadel vertragen und fiel einmal, als man sie wegen einer geringfügigen Sache tadelte, in Ohnmacht. Auch traten die Anfälle, von denen wir beim vollentwickelten Individuum hören, schon in der Jugend auf; denn nach Angabe der Mutter warf sie sich, durch geringfügige Anlässe geärgert, zur Erde, schlug mit den Händen um sich herum, erkannte scheinbar die Umgebung nicht, hörte aber, was gesprochen wurde. Dass derartige Affektäusserungen, die ganz das Gepräge hysterischer Anfälle zeigen, keine ihre Heftigkeit entsprechende Nachhaltigkeit hatten, können wir aus der Angabe entnehmen, dass sie einmal schon am folgenden Tage nach einem solche Anfälle, der 1904 im Anschluss an einen Streit mit dem Bruder auftrat, wieder heiter erschien und eine Kaffeegesellschaft mitmachte. Dass ein so veranlagtes Individuum in den Generationsphasen psychischen Schwankungen im besonderen Masse ausgesetzt ist, finden wir ohne weiteres begreiflich. Ein neuer psychopathischer Zug offenbart sich in der ersten Schwangerschaft, nämlich die Neigung, in somnambule Zustände zu verfallen. Frau S. träumte damals sehr lebhaft, sprach im Traume und antwortete aus dem Schlafe heraus auf Fragen ihres Mannes. Bezeichnenderweise bildet für



die erste Psychose, die nach der ersten Geburt auftrat, eine Aufregung das auslösende Moment. Auch die zweite Psychose, in der die verhängnisvolle Tat unternommen wurde, trat nach einer Geburt und vielleicht nach einer leichteren Gemütsbewegung (Abreise der Mutter?) auf.

Aus dieser Schilderung geht klar hervor, dass Frau S. eine degenerativ veranlagte psychopathische Persönlichkeit ist, die dazu neigt, in abnorme Bewusstseinszustände zu verfallen. Fast aus allen den erwähnten abnormen Zügen tritt uns ein für eine derartige Anlage charakteristisches Grundmoment entgegen, nämlich eine abnorme Eindrucksfähigkeit des Individuums. Schon in der Jugend reagierte Frau S. auf gewisse Eindrücke in ganz ungewöhnlicher, wenn auch keineswegs nachhaltiger Weise; verhältnismässig unbedeutende Ursachen führten bei ihr zu abnormen, ins Masslose gesteigerten Wirkungen. Geht man im besonderen auf die von ihr durchgemachten Psychosen ein, so findet man zunächst bei der ersten eine gewisse Anzahl von Symptomen: Halluzinationen, Erregungs-, aber auch Hemmungszustände, Angstafekte, Wahnideen, insbesondere Beeinträchtigungsvorstellungen, Störung der Auffassung (Personen usw.); diese Erscheinungen lösen sich einander viel ab, ohne dass eine derselben dauernd das Krankheitsbild beherrschte. Es handelt sich um einen Krankheitszustand, wie wir ihn nur bei belasteten, der Anlage nach psychopathischen Individuen zu sehen gewohnt sind. Die zweite Attacke ist einfacher; Beeinträchtigungsideen treten allenthalben hervor, Andeutungen melancholischer Selbstanklagen werden in der Klinik nicht beobachtet. Dass sie vor der zweiten Zuführung einmal zu Hause geäußert hatte, sie sei eine schlechte Frau, mache den Ibrigen nur Kummer, tue nichts (Bl. 48 d. A.), weist ja auf vorübergehendes Auftauchen melancholischer Ideen hin, trägt aber doch zu sehr einen episodischen Charakter, als dass man den Gesamtzustand danach benennen bzw. auffassen könnte. Mit Sicherheit lässt sich bezüglich beider Geisteskrankheiten Frau S. sagen, dass sie nicht zu jenen gehörten, denen eine hartnäckige, andauernde Tendenz zum Selbstmorde wie bei Melancholie eigen ist und insofern eine unterbrochene Ueberwachung des Kranken unbedingt zur Pflicht machen. Wohl aber bestand eine gewisse Gefahr mit Rücksicht auf ihre abnorme Eindrucksfähigkeit (plötzlich ausgelöste heftige Affekte), wobei zu erwägen war, dass dieser Zug in dem besonderen Zustande, in dem sie sich damals befand, noch mehr Geltung gewinnen konnte. Die Kranke neigte ihrer ganzen Konstitution nach zu Affekthandlungen. Wir finden es daher begreiflich, dass die Aerzte der Kieler Klinik die Angabe des Mannes, seine Frau habe sich auf der Fahrt aus dem Eisenbahnzuge stürzen wollen, anders auffassten, als wie sie nach

Ansicht des Klägers hätte bewertet werden sollen. Bei einer an Melancholie leidenden Kranken hätte eine derartige Tat als Beweis für einen dauernden Selbstmorddrang aufgefasst werden müssen und zu entsprechender Vorsicht veranlasst. Bei Frau S. konnte sie als Ausdruck eines momentanen durch irgendeinen unliebsamen Eindruck (bevorstehende Internierung) ausgelösten Affekt angesehen werden. Ein derartiger Gedanke dürfte Dr. Flatau vorgeschwebt haben, als er bei seiner Vernehmung bemerkte, dass der Versuch von Frau S. bei der Fahrt wohl aus Angst und Widerwillen vor der Klinik geschehen sein konnte. Wir können ihm aber natürlich nicht recht geben, wenn er daraus folgert, dass der Versuch darum nicht in selbstmörderischer Absicht geschehen sein müsse, da sich ja beides nicht ausschliesst. Wie gestaltete sich nun die Wahrscheinlichkeit für einen Selbstmordversuch zur Zeit der Verlegung der Frau S. in das offene Haus?

Wir entnehmen der Krankengeschichte (und Prof. Siemerling gibt dasselbe bei seiner Vernehmung an), dass der Zustand der Kranken nach Einlieferung in die Klinik sich rasch gebessert hatte, dass die Patientin ruhiger und freier geworden war. Sie verlangte selbst in die Villa überführt zu werden, weil es dort angenehmer sei als auf der Wachstation. Diese Angabe allein müsste die Diagnose Melancholie widerlegen, da derartige Kranke auf ihre eigene Annehmlichkeit absolut nicht bedacht sind, sich vielmehr das schlechteste wünschen. Die Annahme aber, dass Frau S., als sie den Wunsch aussprach nach der offenen Villa verlegt zu werden, nur dissimulierte, also von vornherein den festen Plan, sich das Leben zu nehmen, hatte und die Aerzte mit jenem Wunsch nur zu täuschen versuchte, bis sie eine günstige Gelegenheit zum Selbstmord gefunden hätte, ist besonders nach der von ihr später der Krankenschwester gegebenen Motivierung (die Richtigkeit derselben vorausgesetzt) höchst unwahrscheinlich. Die Aerzte hatten tatsächlich keinen rechten Anlass, in ihre Angaben Zweifel zu setzen, und konnten sich sagen, dass bei dem ursprünglichen Widerwillen der Patientin gegen die Klinik ein derartiges Entgegenkommen und eine Erfüllung ihrer Wünsche den Krankheitszustand günstig beeinflussen würde, worauf ja schliesslich auch der Umstand hinwies, dass sie die Verlegung in die Villa freudig empfand. Die Ausführung des Selbstmordversuches ist ein neues Faktum und hat ihre besondere Ursache, die erst nach der Verlegung in die offene Abteilung sich geltend machte. Eine derartige Tat war nach dem Gesamtatbestande vor der Verlegung in die Villa gewiss nicht auszuschliessen, aber nicht gerade wahrscheinlich und, um es nochmals zu betonen, durch das Krankheitsbild nicht unbedingt nahegelegt. In der Krankengeschichte ist nichts von Präkordial-

angst, heftigen Selbstvorwürfen u. dgl. bemerkt, wie sie gewöhnlich bei selbstmordsüchtigen Melancholikern sich finden. In der Klinik hat sie also höchstwahrscheinlich diese Symptome nicht gezeigt, wie ja auch die bei der ersten Erkrankung beobachteten Einzelercheinungen Melancholie ausgeschlossen und zur Bildung von Selbstmordideen nicht geführt hatten. Höchstwahrscheinlich hat Frau S. morgens auf dem Klosett einen plötzlichen Angstanfall gehabt, sie hat sich aber zu schwankend darüber geäußert, als dass man ein völlig klares Bild gewinnen könnte. Ihre Äusserungen geben zu mannigfachen Zweifeln Anlass. Es gibt nur äusserst wenig Menschen bzw. Geisteskranke, welche sich umbringen, weil ihnen der Gedanke kommt, es könne sie kein Mensch leiden.

Also auch wenn die Aerzte gewusst hätten, dass Frau S. dieser Gedanke kommen werde, hätten sie daraus schwerlich den Schluss gezogen, dass sie sich deshalb umbringen würde. Nun ist es aber eine heute durchaus geläufige wissenschaftliche Anschauung, mit Rücksicht auf das Wohlbefinden der Kranken und den Einfluss ihrer Umgebung auf ihr Geistesleben nicht summarisch jede Möglichkeit des Selbstmordes auszuschliessen, sondern nur da die lästige permanente Ueberwachung anzuwenden, wo eine grössere Wahrscheinlichkeit für die Neigung, wirklich zum Selbstmord zu schreiten, spricht. Eine grössere Wahrscheinlichkeit war aber bei Frau S. nach dem heutigen Stande der medizinischen Wissenschaft zur Zeit ihrer Verlegung nach der Villa nicht notwendigerweise anzunehmen. Wollte man hiergegen einwenden, dass die Krankheit noch zu frisch war, als dass man den Versuch zu freier Behandlung hätte wagen dürfen, so ist darauf hinzuweisen, dass die Kranke sich früher häufig schon einen Tag nach schweren hysterischen Erregungszuständen wieder dauernd beruhigt hatte. Auch eine oder zwei Wochen später würde das Vorkommen eines Selbstmordversuches nicht mit Sicherheit auszuschliessen gewesen sein. Frau S. gehört zu den Naturen, welche auch in relativ gesunden Tagen vor einem plötzlichen Impuls zum Selbstmord nicht ganz sicher sind und von denen der Arzt, solange überhaupt keine Neigung zu Bewusstseinstrübungen infolge von Affekt besteht, niemals mit Sicherheit sagen kann: „Jetzt ist die Gefahr eines Selbstmordversuches vorüber“. Dieser Zeitpunkt ist tatsächlich überhaupt nicht mit Sicherheit zu bestimmen. Derartige Naturen unternehmen durchschnittlich in angenehmerer Umgebung weniger leicht einen Selbstmord als in Situationen, welche sie aufregen. Die Verlegung in die offene Villa musste auch insofern ins Auge gefasst werden.

Ich fasse mein Gutachten dahin zusammen, dass der Gesundheits-

zustand von Frau S. zur Zeit ihrer Verlegung kein derartiger war, dass man es unbedingt als gefährlich erachten musste, sie aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen. Ein zuverlässiges Wartepersonal vorausgesetzt, kann die Behandlung derartiger Kranker in einer offenen Abteilung kaum prinzipiellen Bedenken unterliegen.

gez. Prof. Dr. Flechsig,  
Königlich Sächsischer Geheimrat.

Unter dem 27. 9. 1909 erging der Beweisbeschluss:

Es soll weiter Beweis darüber erhoben werden, ob unter Berücksichtigung der Krankengeschichten von 1903 — Bl. 73 — und von 1905 — Bl. 48 H —, sowie der Zeugenaussagen des Dr. Flatau — Bl. 31 f — und des Geheimrats Siemerling — Bl. 38 H — der Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers, die am 12. 11. 1905 wegen einer infolge einer Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der Universität zu Kiel aufgenommen war, am 14. 11. vom Standpunkt des Arztes als ein derartiger erscheinen musste, dass keine begründeten Bedenken mehr vorlagen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen und ob, insbesondere auch mit Rücksicht darauf, dass die Ehefrau des Klägers am 12. 11. auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, trotz des kurzen Aufenthalts der Ehefrau des Klägers in der Nervenlinik von den Aerzten nach Lage der Sache nicht mit einer Gefahr, dass sie Selbstmord verüben könne, gerechnet werden musste, durch Vernehmung eines weiteren gerichtlichen Sachverständigen, dessen Auswahl und Ernennung dem Berichterstatter übertragen wird.

Unter dem 30. 11. 1909 erstattete Physikus Dr. Erman in Hamburg folgendes Gutachten:

In der Klagesache des Redakteurs E. S. zu I. wider den Königlich Preussischen Fiskus Universität Kiel, vertreten durch den Universitätskurator in Kiel, beehre ich mich in Verfolg des Beweisbeschlusses vom 27. 9. d. Js. der Zivilkammer II des Königlichen Landgerichtes zu Kiel das Folgende zu berichten.

Ich beantworte die unter Beweis gestellten Fragen dahin:

1. dass unter Berücksichtigung der Krankengeschichten (Blatt 48 und 73 der Akten) sowie der Zeugenaussagen (Blatt 31 und 38 ff.) der Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers, die am 12. 11. 1905 wegen einer infolge einer Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der

Universität zu Kiel aufgenommen war, am 15. 11. vom Standpunkt des Arztes aus als ein derartiger erscheinen musste, dass begründete Bedenken vorlagen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen,

2. dass insbesondere auch mit Rücksicht darauf, dass die Ehefrau des Klägers am 12. 11. auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, bei dem kurzen Aufenthalte der Ehefrau des Klägers in der Nervenklinik von den Aerzten nach Lage der Sache noch mit einer Gefahr, dass sie Selbstmord verüben könne, gerechnet werden musste.

Ich stütze diese meine Meinung durch die folgenden Darlegungen des Akteninhaltes.

Frau S. war melancholisch verstimmt, als sie am 12. 11. zum zweiten Male als Kranke in die Kieler Anstalt vom Ehemann eingebracht wurde. (In der Aussage des Herrn Prof. Dr. Siemerling — Blatt 38 — wird ihr Zustand „ängstliche Verstimmung“ genannt; und in dem Briefe, den Herr Professor Siemerling an Herrn Dr. Kröger am 29. 11. richtete — Seite 25 der Akte der Aufnahme der Frau S. — heisst es: „Bei Frau A. S. handelt es sich um eine im Wochenbett aufgetretene melancholische Verstimmung“).

Ueber die von dem Ehemann S. bei der Zuführung der Kranken in der Kieler Klinik gegebenen anamnestischen Daten verzeichnet die Krankengeschichte (Blatt 48/49) das Nachstehende:

Seine Frau sei vor 3 1/2 Wochen in regelmässiger Weise von ihrem zweiten Kinde entbunden worden und habe ein normales Wochenbett gehabt. Nachdem ihre Mutter am 4. 11. zum Besuch eingetroffen war, habe sie schlecht geschlafen. Nach der Abreise der Mutter am 6. 11. sei seine Frau Nachts sehr unruhig gewesen, habe im Bett „gewühlt“.

Sie phantasire nicht, hätte (aber) traurige Stimmungen. Sagte, dass sie schlechte Frau sei — sie mache den Ihren Kummer — tue nichts.

Suizidgedanken habe sie nicht geäussert. Unterwegs im Zug habe sie den Versuch gemacht, aus dem Zug heraus zu springen. Heute weine sie und sei ausnehmend traurig.

Nach seiner Ansicht seien die Symptome der jetzigen Krankheit seiner Frau dieselben wie vor 2 Jahren, nur milder.

Dass dieses Urteil des Mannes über die gleichartige Form der Erkrankung seiner Frau in 1905 und 1903 ein zutreffendes war, ist aus den Daten der in 1903 geführten und als Anlage zu Blatt 75 der Akte vorliegenden Krankengeschichte zu ersehen. Zur Kennzeichnung der

damaligen ängstlichen Verstimmung der Frau S., ihrer Erscheinungsweise und ihrer tieferen Bedeutung sei folgendes aus der genannten Krankengeschichte hier referiert:

In dem Begleitschreiben vom 9. 11. 1903, welches der Dr. med. H. damals an die Direktion der Universitätsklinik bei der Aufnahme der Kranken richtete, heisst es: Frau S. ist an einer puerperalen Psychose erkrankt. Die Krankheit begann am letzten Montag, dem 2. 11. Die Krankheit äusserte sich zunächst in Halluzinationen; sie glaubte, die Menschen reden schlecht von ihr oder wollen ihr nicht wohl und ihr Mann schütze sie nicht vor den Leuten.

Depressionen wo sie mit leeren Blicken vor sich hinstarrte, wechselten mit aufgeregten Szenen, wo sie ruhelos im Zimmer umherwandere. Nahrungsaufnahme wurde nahezu völlig verweigert und Frau S. sei auch nicht im Bett zu halten.

Der Ehemann seinerseits berichtete über das Verhalten seiner Frau vor der Einlieferung in die Klinik folgendes:

Seine Frau habe geäussert: Die Wärterin mache sie schlecht; dieselbe verbreite das Gerücht, sie könne ihr Kind nicht ordentlich pflegen; verstehe es nicht. Sie habe auch die Idee geäussert, sie werde von den Leuten schlecht gemacht, ihr Mann nehme sie nicht gehörig in Schutz, begünstige ihre Verfolger.

Sie sei zuweilen sehr abweisend gewesen und teilnahmslos gegen ihre ganze Umgebung. Sie hätte sehr wenig Nahrung genommen; hätte meist ohne etwas zu sagen den Kopf abgedreht; bei wiederholten Versuchen sei es zuweilen gelungen, ihr etwas flüssige Nahrung einzuflössen. Die Nächte seien meist sehr unruhig gewesen. Schlafmittel speziell Morphium seien ohne jede Wirkung geblieben.

Der damalige Krankheitszustand der Frau S., der bei ihrer Einlieferung am 9. November sich in einem abweisenden und widerstrebenden Benehmen und durch Nichtsprechen und Nichtantwortgeben manifestierte und von einem matten und gleichgültigen und zuweilen ängstlichen Gesichtsausdruck begleitet war, hielt unter allmählichem Nachlass der Symptome etwa 12 Tage an.

Am 21. 11. wurde Frau S. zur Villa verlegt und nach einem am 22. 11. dort empfangenen Besuch ihres Mannes wurde sie teilnehmend und erwachte zur Erkenntnis und zur richtigen Beurteilung ihrer Umgebung. Die Eintragung der Krankengeschichte vom 22. 11. berichtet hierüber: Erkundigt sich zweifelt bei ihrem Manne, ob das hier auch Aerzte seien und ob sie sich wirklich in einer Klinik befinde; es sei ihr so vorgekommen, als ob sie in eine Mördergrube geraten sei.

Von da ab (23. 11. 1903) nahm die Rekonvaleszenz, d. h. das

Erwachen der Vernunft und die Rückkehr zu einem geordneten Verhalten, so raschen und guten Fortgang, dass Frau S. schon am 16. 12. 1903 aus der Anstalt entlassen werden konnte.

Sehr bemerkenswert ist das, was Frau S. laut Krankengeschichte über ihre Angstepfindungen und über ihre irren Gedanken in den ersten Wochen ihrer Krankheit auf Befragen am 23. 11. 1903 verlauten liess:

Sie sei — äusserte sie damals — jetzt vollkommen überzeugt, dass sie sich in einer Kieler Klinik befinde und dass sie es mit richtigen Aerzten zu tun habe. Anfangs sei ihr hier alles so merkwürdig vorgekommen, sie habe gar nicht gewusst, wo sie war; habe geglaubt, alle sollten umgebracht werden; zu Hause habe sie geglaubt, Dr. H. wolle sie und ihre Familie umbringen; darüber sei sie ängstlich und aufgeregt geworden. Stimmen habe sie zu Hause nicht gehört; hier habe sie ihre Angehörigen rufen hören.

Wenn Frau S. diese vermutlich zutreffenden Mitteilungen nicht gemacht hätte, würde man aus ihrem Verhalten und aus ihren Aeusserungen, wie solche in der Krankengeschichte vom 9.—20. 11. aufgezeichnet sind — niemals auf diese Art und Stärke ihrer qualvollen wahnhaften Vorstellung geschlossen haben.

In ihrem Gesichtsausdruck und in ihrer Haltung lassen Kranke, wie Frau S., den sie beherrschenden traurigen Affekt zur Genüge erkennen, aber der Inhalt ihrer traurigen und ihr gesundes Selbstbewusstsein vernichtenden Gedanken bleibt dem Arzte verborgen, so lange der Kranke sie demselben nicht durch Worte verrät.

Deshalb sind und bleiben melancholisch verstimmte Personen, die nicht mehr Rede und Antwort stehen, in ihrem Verhalten schwer zu berechnende und wegen ihrer durch den traurigen Affekt des öfteren hervorgerufenen impulsiven Handlungen unsichere und einer genauen Ueberwachung bedürftige Anstaltskranke.

Wer die Aufzeichnung der Krankengeschichte der Frau S. über ihren zweiten Aufenthalt in der Kieler Anstalt nachliest (S. 48/49 der Akte) wird ohne weiteres erkennen, dass Frau S. in den Tagen vom 12.—15. 11. nichts geäussert hat, was ihren am 16. 11. dann verübten Selbstmordversuch überall angedeutet hätte.

Sie sprach sich über den Inhalt ihrer traurigen Gedanken im Jahre 1905 ebensowenig aus, wie im Jahre 1903.

Am 13. 11. gab sie nur zu, traurige Gedanken gehabt zu haben.

An diesem Tage wird in der Krankengeschichte ihr Wesen so charakterisiert: Sie hat in ihrem ganzen Wesen etwas Starres, sitzt wie traumhaft da.

Beantwortet die meisten an sie gerichteten Fragen entweder nicht oder nur ganz kurz mit leiser Stimme. Verhält sich der Untersuchung gegenüber ablehnend.

Am 14. 11. heisst es in der Krankengeschichte: Hat immer noch in ihrem Aeusseren etwas Traumhaftes.

Am 15. 11. lautet die Eintragung: Erscheint etwas freier.

Sie fragt an, ob sie nicht nach Villa oben verlegt werden könne.

Zwischen 5 und 6 Uhr wird sie dann nach Villa II verlegt und freut sich, wieder in Villa II zu sein. Liegt ruhig im Bett.

Am 16. 11. geht Frau S. dann morgens nach dem Klosett, springt durch das Klosettfenster auf den Hof und schlägt mit dem Gesäss auf den Rasen auf

Der bei dem Sturz erlittene Bruch des Dornfortsatzes eines Lendenwirbels und eine Blutung in die Rückenwirbelhöhle zieht ein längeres Krankenlager nach sich, das glücklicherweise mit Herstellung endigt.

Ueber das Motiv ihres Sprunges aus dem Fenster befragt, äusserte Frau S. am Abend ihres Unfalltages (S. 50 der Akte): Sie habe nicht mehr leben wollen, weil sie nicht mehr wert sei, zu leben. Sie sei nicht gut zu ihrem Mann gewesen.

Wenn man berücksichtigt, dass Frau S. vor ihrer Aufnahme in die Kieler Klinik laut Bekundung des Mannes „traurige Stimmungen zu Hause in der Zeit vom 6.—12. 11. hatte und in denselben schon äusserte, dass sie eine schlechte Frau sei, dass sie den ihrigen Kummer mache, dass sie nichts tue“, so wird das von ihr angegebene Motiv für ihren Selbstmordversuch nicht wohl anzuzweifeln sein.

War der Selbstmordversuch von ihr zu erwarten?

Mit Bestimmtheit ganz gewiss nicht; er hätte ausbleiben können, so gut wie er im Jahre 1903 bei der Kranken ausgeblieben ist und bei der grossen Mehrzahl ähnlich erkrankter Personen auch glücklicherweise ausbleibt.

Konnte und musste an sein mögliches Eintreten gedacht, seine tunliche Verhinderung, sei es durch Bewachung der Kranken, sei es durch ihre weitere Verpflegung in einem gesicherten Raum, im Auge behalten werden?

Ja, allgemein aus dem Grunde, dass bei derartigen melancholischen Kranken ein unvermuteter Selbstmordversuch immer in der Möglichkeit liegt und im besonderen bei der Frau S. deshalb, weil sie kurz zuvor, nämlich am 12. 11. bereits den Versuch gemacht hatte, aus dem fahrenden Eisenbahnzuge zu springen.

Dass dieser Versuch der Frau S., aus dem Zuge zu springen, nicht unbedingt in selbstmörderischer Absicht geschehen zu sein brauche, dass



er vielleicht der Angst und dem Widerwillen der Frau, in die Kieler Anstalt gebracht zu werden, entsprungen sei, hat der Zeuge Herr Dr. Flatau (S. 32) hervorgehoben. Diese Anschauung ist nach der weiteren Entwicklung des Falles der Frau S. nicht recht wahrscheinlich, aber sie ist gewiss haltbarer als jene im Eingang seines Berichtes von Herrn Dr. F. formulierte Erklärung, dass der Zustand der Frau S. bei der Verlegung notwendig kein gefahrdrohender (eine nähere Selbstmordgefahr in sich tragender) gewesen sein könne, weil andernfalls die Verlegung der Kranken von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling nicht angeordnet worden sein würde.

Aber wenn auch zugegeben ist, dass in 1905 Unklarheit über das wirkliche Motiv des versuchten Entspringens der Frau S. im Sinne des Herrn Dr. Flatau unter den behandelnden Aerzten der Kieler Anstalt vielleicht geherrscht hat und herrschen konnte, so verlangte es dennoch die notwendige Vorsicht bei der Unterbringung und bei der Beaufsichtigung der Kranken jenen Versuch als einen möglichen Selbstmordversuch zu berücksichtigen.

Dass solche Berücksichtigung des quaest. von dem Ehemann S. rapportierten Vorfalles eine ausreichende im Sinne der zur Begutachtung gestellten 2. Frage nicht gewesen ist, gilt mir als sicher.

Der Aufenthalt der Frau S. in der Klinik war auch andererseits noch zu kurz und ihr geistiger Krankheitszustand hatte sich in den ersten vier Tagen noch zu wenig geändert, um zur Zeit der Verlegung in das offene Haus die Gefahr eines Selbstmordversuches nicht mehr als naheliegend ausschliessen zu können.

Die am 15. November in die Krankengeschichte eingetragene Bemerkung: „Erscheint etwas freier“ begründet die erheblichsten Zweifel an der angenommenen ausreichenden Rückbildung der gemütskranken Verfassung der Frau S. und macht den vor ihr am 16. November ausgeführten abrupten Selbstmordversuch auch verständlich.

Selbstmordversuche von Kranken werden auch in den mit allen erdenklichen Schutzmitteln eingerichteten Irrenanstalten immer einmal vorkommen, aber wenn es richtig ist, dass die Fenster der Villa, in der Frau S. am 15. November abends verlegt wurde, völlig ungesichert waren, so passte solche Unterbringung für den Zustand der Frau S. nicht. Eine offene Behandlung von Geisteskranken ist schön und gut, aber sie muss sich in Grenzen halten; sie darf beispielsweise nicht kranken Personen, welche durch innerliche Angst und Verzweiflung und durch selbstquälende Selbstvorwürfe zum Selbstmord instigiert werden, Aufenthaltsräume anweisen, in denen unversicherte Fenster ihnen ein Hinausstürzen gestatten.

Die Gefahr, welche aus dem Nichtgesichertsein der Fenster in den Villen oder Villa der Kieler Anstalt für manche der dort behandelten Kranken resultieren kann, wird in der Akte S. bereits durch einen weiteren erfolgreichen Selbstmordversuch eines Patienten illustriert, und wenn der Unterzeichnete richtig informiert ist, so hat vor wenigen Monaten in der Kieler Anstalt eine einer Altonaer Familie gehörige geisteskrankte Dame ebenfalls durch Sturz aus dem Fenster ihrem Leben ein Ende gemacht.

gez. Dr. Erman, Physikus.

Nachstehende Erwiderung erfolgte unter dem 23. Dezember 1909:

Nach diesseitiger Auffassung erscheint es zweifelhaft, ob Herr Dr. Friedrich Bessel Erman als Physikus genügende praktische psychiatrische Erfahrungen besitzt, um die Erfordernisse eines Anstaltsbetriebs richtig zu würdigen. Seine Ausführungen sind zu allgemein theoretischer Art, um sie ohne weiteres auf die in Betracht kommenden Verhältnisse anwenden zu lassen. Insbesondere ist seiner Behauptung zu widersprechen, dass jede deprimierte Patientin, auch wenn sie freier geworden ist, ein für allemal unter dauernder Ueberwachung in gesicherten Räumen gehalten werden müsste.

Unter Aufstellung dieser höchst anfechtbaren Behauptung und mit dem ebenso viel zu allgemein gehaltenen Satze, dass „bei derartigen melancholischen Kranken ein unvermuteter Selbstmordversuch immer in der Möglichkeit liegt“, sucht Herr Dr. Erman zu beweisen, dass am 15. November 1905 an ein „mögliches“ Eintreten eines Selbstmordversuches bei Frau S. „gedacht werden konnte und musste“ — nicht einfach „musste,“ wie es im Eingang seines Gutachtens bei Beantwortung der unter Beweis gestellten Fragen lautete. —

Zu den Hauptfortschritten der modernen Psychiatrie gehört das Bestreben, die Behandlung Geisteskranker im Interesse ihrer Heilung möglichst frei und ihrer Individualität angemessen zu gestalten. Gerade bei Frau S. hatte sich während ihres ersten Aufenthaltes in der Klinik dieses Prinzip glänzend bewährt. Freilich scheint Dr. Erman nach seinen Ausführungen dieser freieren Richtung wenig freundlich gegenüberzustehen. Soweit ich mich entsinne, haben auch bereits vor Jahren hinsichtlich der Beurteilung seelischer Zustände grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten zwischen ihm und der Direktion hiesiger Klinik sich herausgestellt, indem Herr Dr. Erman zwangsweise Unterbringung und Ueberwachung einer Dame in geschlossener Anstalt für geboten erachtete, bei der bei Beobachtung in der Klinik das Bestehen einer Geisteskrankheit überhaupt ausgeschlossen wurde.

gez. Siemerling.

Am 23. 2. 1910 wurde das nachstehende Zwischenurteil verkündet.

Im Namen des Königs!

In Sachen des Redakteurs E. S.

— Prozessbevollmächtigte: R.-A. Stobbe und Dr. Hennings in Kiel —  
gegen den

Königlich Preussischen Fiskus Universität Kiel, vertreten durch den  
Universitätskurator in Kiel,  
Beklagten,

— Prozessbevollmächtigte: R.-A. J. R. Niese und Jessen in Kiel —  
wegen Schadenersatzes

hat die II. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts in Kiel auf die mündliche Verhandlung vom 23. 2. 1910 unter Mitwirkung des Landgerichtsdirektors Geh. Justizrats Sander, des Landrichters Dr. Matthiessen und des Gerichtsassessors Haan für Recht erkannt:

Der Klaganspruch ist dem Grunde nach gerechtfertigt.

Tatbestand.

Die Ehefrau des Klägers, welche mit ihrem Ehemann in gesetzlichem Güterrecht lebt, wurde im Jahre 1903 nach der Entbindung von einer melancholischen Verstimmung befallen und auf einige Zeit als vorübergehend geisteskrank in der Königlichen Psychiatrischen und Nervenlinik in Kiel ärztlich behandelt.

Am 12. 11. brachte der Kläger seine Frau, bei welcher nach der einige Wochen vorher erfolgten zweiten Entbindung ein Rückfall in dasselbe Leiden erfolgt war, wiederum dorthin. Sie wurde zuerst in die sog. Ueberwachungsstation untergebracht, aber bereits am 15. 11. 1905 auf Anordnung des Vorstehers der Nervenlinik, Geh. Medizinalrats Prof. Dr. Siemerling, in die sog. Villa, eine offene Station, überführt.

Hier machte die Ehefrau des Klägers am folgenden Morgen, am 16. 11., einen Selbstmordversuch, indem sie sich aus dem Klosettfenster stürzte, wobei sie sich einen Bruch der Lendenwirbelsäule zuzog.

Diese Tatsachen sind unter den Parteien ausser Streit.

Der Kläger macht für die Folgen dieses Unfalls den Beklagten verantwortlich und fragt vor:

Schon am 12. 11. 1905, als er seine Frau nach Kiel gebracht habe, habe letztere mehrfach versucht, sich in selbstmörderischer Absicht aus dem Zuge zu stürzen. Er habe dieses bei der Einlieferung sofort dem Assistenzarzt Dr. Flatau mitgeteilt, welcher es in den Krankheitsbericht diktiert habe. Er habe weiter gefragt, ob es nötig sei, dass seine Frau in den allgemeinen Krankensaal untergebracht werde, sie habe dort das letzte Mal üble Eindrücke gehabt, worauf Dr. Flatau erwidert habe, das sei nicht zu vermeiden, die Kranke müsse zunächst auf die Beobachtungsstation, wo stets Wache sei. Am nächsten Tage sei Geheimrat Siemerling in einer Aussprache mit ihm auf beide Punkte zurückgekommen. Er habe bemerkt, es sei ihm interessant, zu

hören, dass Frau S. versucht habe, sich aus dem Eisenbahnzuge zu stürzen, er bedauere, dass sie zunächst auf die Beobachtungsstation gebracht werden müsse, sobald ihr Zustand es erlaube, werde er ihr ein besonderes Zimmer anweisen; es liege eine Anwandlung von Schwermut vor, die anscheinend nur leicht, und in 2—3 Wochen gehoben sein werde. Unter diesen Umständen sei ein Verschulden der Anstaltsbeamten darin zu erblicken, dass die Schwermütige, die soeben Selbstmord versucht gehabt habe, schon nach 3 Wochen in die offene Station und noch dazu in die erste Etage gebracht worden sei, zumal letztere auf einem so hohen Unterhause ruhe, dass sie die gewöhnliche Höhe eines zweiten Stockwerks erreiche. Es hätten auch in dem Erdgeschoss Zimmer zur Verfügung gestanden. Die Gefahr, dass die Kranke abermals einen Selbstmordversuch machen werde, habe noch sehr nahe gelegen. Auch sei ein Verschulden darin zu erblicken, dass die Klinik nicht mit den gebräuchlichsten Einrichtungen versehen sei, welche geeignet seien, derartige Unfälle zu verhüten. Es sei durchaus geboten, die Räume, in denen derartige Kranke sich aufhielten, insbesondere die Klosetts usw. mit Fenstern zu versehen, welche ein Herausspringen nicht zuließen. Derartige Einrichtungen seien anderswo auch längst eingeführt. Für die Kieler Klinik habe hierzu um so mehr Grund vorgelegen, weil hier in den letzten Jahren wiederholt Kranke aus dem Fenster gesprungen seien. Infolge Bruchs der Wirbelsäule und eines Blutergusses in das Rückenmark sei bei seiner Frau eine Totallähmung aller Körperteile mit Ausnahme des Kopfes, des Halses, der Arme und der Hände eingetreten, die monatelang gedauert habe. Bis in den März 1906 habe die Gefahr einer dauernden Lähmung der Beine und einer Verkrüppelung des Rückgrats bestanden. Am 8. 3. 1906 sei seine Frau aus der Klinik entlassen worden, doch habe sie nur wenige Schritte gehen können und sonst gefahren werden müssen. Die Folge sei eine monatelange Kur gewesen, bestehend aus täglichen Bädern und Massage. Auch habe sie bis Anfang September 1906 einen Stützapparat tragen müssen. Noch jetzt seien die Folgen des Unfalls nicht völlig beseitigt. Er verlange daher von dem Beklagten Ersatz der ihm infolge des Unfalls erwachsenen, in der hiermit in bezug genommenen Aufstellung Bl. 6 und 7 der Akten berechneten Unkosten zum Gesamtbetrage von 2410,79 M., ferner fordere er für seine Frau zunächst einmal vom 1. 9. 1906 bis 31. 12. 1908 eine jährliche Rente von 300 M., zusammen also 700 M. Seine Frau sei seit dem Unfall sehr viel nervöser als früher und körperlich viel hilfloser. Bei jeder häuslichen Verrichtung bekomme sie so starke Rückenschmerzen, dass sie bald davon abstecken müsse. Auch könne sie wegen der Schwäche keine grösseren Entfernungen zurücklegen. Dazu kämen häufige Krämpfe in den Beinen, sowie dauernde Taubheit in den Gefühlsnerven im rechten Oberschenkel. Infolge dieser Umstände könne sie den Hausstand nicht mehr wie früher selbständig versehen, müsse vielmehr alle Arbeiten, die sie sonst getan habe, dem Personal überlassen. Auch werde sie jährlich zur Kräftigung eines Badeaufenthalts bedürfen, damit sie nicht im Winter ganz zusammenklappe. Schliesslich habe sie bis Ende 1907 an Kopfschmerzen und Haarausfall gelitten, auch habe ihre Sehkraft gelitten. Unter diesen Umstän-

den sei eine Rente von 300 M. ein sehr mässiger Ersatz für die eingetretenen Bedürfnisse. Endlich fordere er und seine Frau auf Grund des § 847 des B.G.B. wegen desjenigen Schadens, der nicht Vermögensschaden sei, insbesondere als Schmerzensgeld einen Betrag von 3000 M.

Der Kläger beantragt daher,  
den Beklagten kostenpflichtig zu verurteilen, an den Kläger 6110,79 M. nebst 4 pCt. p. a. Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen und das Urteil gegen Sicherheitsleistung für vorläufig vollstreckbar zu erklären.

Der Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen, das Urteil — eventuell gegen Sicherheitsleistung — für vorläufig vollstreckbar zu erklären, im Falle der Verurteilung dem Beklagten nachzulassen, durch Sicherheitsstellung die Vollstreckung abzuwenden.

Er bestreitet nicht, dass die Ehefrau des Klägers am 12. 11. 1905 auf der Fahrt nach Kiel versucht habe, sich in selbstmörderischer Absicht aus dem Zuge zu stürzen, trägt aber weiter vor: In der Klinik habe sich Frau S. rasch wieder beruhigt und schon am 14. 11. einen so freien Eindruck gemacht, dass keine Bedenken mehr vorgelegen haben, ihrem und des Klägers Drängen nachzugeben und sie, wie das erste Mal im Jahre 1903, aus der Ueberwachungsstation nach dem offenen Hause zu verlegen. Hier lägen die Zimmer 1. und 2. Klasse eine Treppe hoch, die Zimmer 3. Klasse im Erdgeschoss. Nach der Verlegung sei Frau S. munter und zufrieden erschienen und habe auch abends nach der Visite keine Spur von ängstlicher Verstimmung mehr gezeigt. Die Erregung sei soheinbar wieder abgelaufen gewesen. Auch die Nacht sei ruhig verlaufen. Am folgenden Morgen früh sei sie dann plötzlich aus dem Fenster des Klosetts gesprungen. Später habe sie angegeben, sie habe in einem momentanen Anfall von Angst gehandelt. Weitere derartige Anfälle seien niemals beobachtet worden. Besondere Schutzvorrichtungen an den Fenstern seien in allen Räumen der Ueberwachungsstation vorhanden, während sie in der offenen Station überall fehlten, um in den Patienten das der Heilung dienliche Gefühl völliger Freiheit hervorzurufen. Irgend ein Verschulden der Aerzte sei nicht ersichtlich, insbesondere nicht dargetan, dass sie schuldhaft der Kranken eine Behandlung hätten zu teil werden lassen, die nach den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung nicht gerechtfertigt gewesen sei. — Dass Frau S. infolge des Bruchs der Wirbelsäule längere Zeit in ärztlicher Behandlung gelegen, und dass ihr und dem Kläger infolgedessen ein Vermögensschaden erwachsen sei, werde nicht bestritten. Bemängelt werde aber die Höhe des verlangten Schadenersatzes und die Angemessenheit der Rente und des Schmerzensgeldes.

Der Kläger widerspricht diesen An- und Ausführungen.

Durch Beschluss des Gerichts ist die Verhandlung zunächst auf den Grund des Anspruchs beschränkt worden.

In Gemässheit der Beweisbeschlüsse vom 30. 3. 1908 und vom 27. 9. 1909 sind der Direktor der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität

Leipzig, Geheimrat Prof. Dr. Flechsig daselbst, und der Physikus Dr. Erman in Hamburg eidlich als Sachverständige vernommen worden.

Ihre schriftlichen Gutachten finden sich Bl. 90—100 und Bl. 130—134 der Akten und werden hier in Bezug genommen.

Ferner sind nach dem Beschlusse vom 30. 8. 1908 der Geheimrat Prof. Dr. Siemerling in Kiel und der Anstaltsarzt Dr. Flatau, jetzt Dresden, als Zeugen vernommen worden, auf deren eidliche Aussagen in den gerichtlichen Protokollen vom 14. 5. 1908 — Bl. 31f. — und vom 27. 6. 1908 — Bl. 38ff. — hier ebenfalls verwiesen wird.

Das Ergebnis der Beweisaufnahme ist von den Parteien vorgetragen, insbesondere auch die Krankengeschichte der Frau S. aus den Jahren 1903 und 1905 — Bl. 73, Bl. 48ff. — zum Gegenstande der Verhandlung gemacht worden.

Der Beklagte bemängelt das Gutachten des Dr. Erman, dessen Ausführungen zu theoretischer Art seien. Es bestünden Zweifel, ob dieser Sachverständige genügende praktische psychiatrische Erfahrungen besitze. Im einzelnen trägt er den Inhalt des Schriftsatzes vom 11. 2. 1910 vor — Bl. 137f. —, auf den verwiesen wird, und beantragt, als weitere Sachverständige den Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Cramer in Göttingen und den Direktor der städtischen Irrenanstalt in Lichtenberg bei Berlin, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Moeli, zu hören.

Der Kläger hält weiteren Sachverständigenbeweis nicht für erforderlich und die Bemängelung des Gutachtens des Dr. Erman für verfehlt. Eventuell beantragt er, ohne Vernehmung anderer Gutachter ein Obergutachten von der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Berlin einzuholen.

#### Entscheidungsgründe.

Mit der Klage macht der Kläger sowohl eigene Ansprüche wie solche seiner Ehefrau geltend. Letztere Ansprüche kann er, da die Ehegatten unstreitig nach gesetzlichem Güterrecht leben, gemäss § 1380 des B.G.B. in eigenem Namen gerichtlich geltend machen.

Die rechtliche Beurteilung ist aber hinsichtlich der verschiedenen geltend gemachten Ansprüche eine verschiedene.

I. Soweit der Kläger eigene Schadenersatzansprüche erhebt, sind diese aus einem zwischen ihm und dem Beklagten geschlossenen Vertragsverhältnis rechtlich begründet. Der Kläger hat seine Ehefrau am 12. 11. 1905 in die staatliche psychiatrische und Nervenlinik zur ärztlichen Behandlung und Pflege gegen Entgelt gebracht und damit mit dem Beklagten einen Dienstvertrag im Sinne des § 611 des B. G. B. geschlossen. Zu den Pflichten, die der Beklagte durch diesen Vertrag übernommen hat, gehörte ausser der ärztlichen Behandlung auch die erforderliche Beaufsichtigung und Ueberwachung der Kranken. Er hatte insbesondere auch die nach Lage des Falles erforderlichen Massnahmen zu treffen, um körperliche Verletzungen der Kranken in der Anstalt sei es durch Angriffe Dritter oder durch eigene Selbstentleibungsversuche zu verhüten. Dem Beklagten lag es nach dem Vertrage ob, die Ehefrau des

Klägers in körperlich unversehrtem Zustande wieder aus der Klinik zu entlassen. Diese ihm nach dem Vertrage obliegende Leistung ist durch den Selbstmordversuch der Ehefrau des Klägers unmöglich geworden. Die Ehefrau des Klägers hat, während sie der Ueberwachungspflicht des Beklagten unterstand, sich schwere körperliche Schädigungen zugezogen. Nach der Beweisregel des § 282 des B. G. B. ist es daher Sache des Beklagten, zu beweisen, dass die Unmöglichkeit, die Ehefrau des Klägers ohne diese Schädigungen zu entlassen, nicht die Folge eines von ihm zu vertretenden Umstandes ist. Mit anderen Worten hat also der Beklagte gegenüber der Schadensersatzanforderung des Klägers wegen nicht gehöriger Erfüllung des Vertrages den Nachweis zu führen, dass der Selbstmordversuch der Ehefrau des Klägers nicht durch ein schuldhaftes Handeln seiner Aerzte oder seines Wachpersonals, für welches der Beklagte gemäss § 278 des B. G. B. in vollem Umfange aufzukommen hat, ermöglicht worden ist. Er hat insbesondere zu beweisen, dass die Ueberführung der Kranken in die offene Station trotz ihres einige Tage vorher auf der Reise gemachten Selbstmordversuches vom ärztlichen Standpunkt aus keinen begründeten Bedenken mehr unterlag, und dass mit einem erneuten Selbstmordversuch bei Anwendung pflichtgemässer Vorsicht und Sorgfalt nicht mehr zu rechnen war.

II. Anders liegt jedoch die Sache, soweit der Kläger weitere Ansprüche für seine Ehefrau, also fremde Ansprüche geltend macht. Seine Ehefrau stand zu dem Beklagten in keinem Vertragsverhältnis. Sie kann daher Ansprüche nur auf ausserkontraktliches Verschulden des Beklagten oder seiner Vertreter gründen. Nach den §§ 31, 89, Absatz 1 des B. G. B. ist der Staat für den Schaden verantwortlich, den ein verfassungsmässig berufener Vertreter durch eine in Ausführung der ihm zustehenden Verrichtungen begangene, zum Schadenersatz verpflichtende Handlung einem Dritten zufügt. Im vorliegenden Falle sieht der Kläger die zum Schadenersatz verpflichtende Handlung in einer angeblich schuldhaften Anordnung des Vorstehers der Nervenklinik, die Ehefrau des Klägers schon so kurze Zeit nach ihrer Einlieferung in die offene Villa zu überführen.

Diese Anordnung ist unstreitig von dem Vorsteher der staatlichen Anstalt, Geheimrat Dr. Siemerling, selbst getroffen worden. Es fragt sich daher, ob dieser als ein verfassungsmässig berufener Vertreter des Beklagten anzusehen ist, für welchen der Beklagte nach den §§ 31, 89, Abs. 1 des B. G. B. zu haften hat. Diese Frage muss bejaht werden. Das rechtliche Merkmal, dass die „verfassungsmässig berufenen Vertreter“ des Staates von den sonstigen Angestellten unterscheidet, ist ihre Berufung zur Tätigkeit innerhalb eines Geschäftsbereiches durch die die Verwaltungsorganisation regelnden Bestimmungen. (Vgl. R. G. Bd. 53. S. 276.)

Zum Begriff des verfassungsmässig berufenen Vertreters ist nicht erforderlich, dass die Person in allen Beziehungen zur Vertretung der juristischen Person berufen ist; es genügt, wenn sie auch nur in einer oder einzelnen Beziehungen die juristische Person im Wille vertritt. (Vergl. O. L. G. Bd. 5. S. 376.)

Das trifft auf den Vorsteher einer staatlichen Heilanstalt zu. Einem solchen ist innerhalb eines bestimmten Geschäftskreises eine selbständige leitende Stellung eingeräumt und er ist insoweit verfassungsmässig berufener Vertreter des Staates.

Vgl. ebenso speziell für den Leiter einer staatlichen Irrenanstalt O. B. G. Stuttgart im „Recht“. 1905. S. 563.

Danach würde eine Haftung des Beklagten für ein Verschulden des Geheimrats Siemerling im vorliegenden Falle gegeben sein, wenn durch ein solches der Ehefrau des Klägers ein Schaden erwachsen ist. Dass letztere den fraglichen Selbstmordversuch am 16. 11. 1905 nicht hätte vornehmen können, wenn sie noch über diesen Zeitpunkt hinaus in der Ueberwachungsstation zurückgehalten wäre, ist ohne weiteres anzunehmen. Der Selbstentleibungsversuch ist erst durch die Ueberführung in die freie Station ermöglicht worden. Für die Frage des Verschuldens liegt für die hier in Betracht kommenden ausserkontraktlichen Ansprüche die Verteilung der Beweislast aber anders. Hier muss der Kläger ein Verschulden des Anstaltsleiters nachweisen, also insbesondere den Beweis erbringen, dass die Ueberführung der Kranken in die offene Station am 15. 11. 1905 vom ärztlichen Standpunkt aus noch begründeten Bedenken unterlag und dass mit einem erneuten Selbstmordversuch der Kranken noch gerechnet werden musste.

Die ausserordentlichen Ansprüche, die der Kläger für seine Frau erhebt, nämlich auch eine Geldrente als Schadensersatz für die Vermehrung ihrer Bedürfnisse und auf ein angemessenes Schmerzensgeld, sind nach den §§ 843, 847 des B. G. B. an sich begründet.

Abgesehen von der frühen Ueberführung seiner Ehefrau in die sogenannte offene Station, hat der Kläger dem Beklagten noch zum Vorwurf gemacht, dass es in dieser offenen Station an den nötigen Vorrichtungen gefehlt habe, um den von seiner Frau ausgeführten Selbstmordversuch unmöglich zu machen. Hierin kann aber ein Verschulden nicht gefunden werden. Im Gegensatz zu der Ueberwachungsstation soll gerade die offene Station den Kranken den Eindruck völliger Freiheit gewähren. Sie sollen nicht durch Sicherheitsvorkehrungen irgendwelcher Art an ihre Krankheit erinnert werden und sich irgendwie in der Freiheit ihres Handelns beschränkt fühlen. Umsomehr muss aber verlangt werden, dass Kranke in diese freie Station erst überführt werden, wenn ihr Zustand die nötigen Garantien dafür bietet, dass sie von der ihnen eingeräumten Freiheit einen vernünftigen Gebrauch machen werden.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme muss aber als erwiesen angesehen werden, dass bei der Ueberführung der Ehefrau des Klägers in die offene Station seitens des Anstaltsleiters nicht mit der genügenden Sorgfalt und Vorsicht zu Werke gegangen ist. Die Gutachten der beiden vernommenen Sachverständigen weichen zwar in der Beurteilung des Grades des Verschuldens von einander ab. Zu der Feststellung, dass dem Anstaltsleiter aber überhaupt keine Fahrlässigkeit zur Last gelegt werden könne, kommt auch der Sachverständige Dr. Flechsig nicht. Danach erscheint es jedenfalls als ausgeschlossen, den dem Beklagten gegenüber dem eigenen Ansprüche des



Klägers aus dem Vertragsverhältnis gemäss § 282 des B. G. B. obliegenden Exkulpationsbeweis als erbracht anzusehen. Es ist aber auch sogar der im übrigen dem Kläger obliegende Beweis des Verschuldens als geführt zu erachten.

Der Sachverständige Dr. Flechsig führt aus, dass die Ehefrau des Klägers erheblich belastet gewesen sei und dass sie nach ihrer nervösen Veranlagung, insbesondere in den Generationsphasen, psychischen Schwankungen im besonderen Masse ausgesetzt sei. Sie habe ihrer ganzen Konstitution nach zu Affekthandlungen geneigt. Wenn ihre beiden Geisteskrankheiten im Jahre 1903 und 1905 auch nicht zu jenen gehörten, denen eine hartnäckige Tendenz zum Selbstmorde wie bei Melancholie eigen sei, so habe doch eine gewisse Gefahr mit Rücksicht auf ihre abnorme Eindrucksfähigkeit bestanden, wobei zu erwägen gewesen sei, dass dieser Zug in dem besonderen Zustande, in dem sie sich damals befunden habe, noch mehr Geltung habe gewinnen können. Der Versuch der Ehefrau des Klägers, sich während der Eisenbahnfahrt aus dem Wagen zu stürzen, habe bei einer an Melancholie leidenden Kranken als ein Beweis für einen dauernden Selbstmorddrang aufgefasst werden müssen. Bei Frau S. habe er als Ausdruck eines momentanen durch irgend einen unliebsamen Eindruck (bevorstehende Internierung) ausgelösten Affektes angesehen werden können. Ein Selbstmordversuch sei nach dem Gesamtatbestande vor der Verlegung in die Villa gewiss nicht auszuschliessen gewesen, sei aber nicht gerade wahrscheinlich und durch das Krankheitsbild nicht unbedingt nahe gelegt gewesen. Eine grössere Wahrscheinlichkeit für einen Selbstmordversuch sei nicht notwendiger Weise anzunehmen gewesen.

Bestimmter lässt sich das Gutachten des Sachverständigen Dr. Erman aus. Dieser Sachverständige führt aus, dass mit Bestimmtheit ganz gewiss ein Selbstmordversuch von der Ehefrau des Klägers bei ihrer Verlegung in die offene Station nicht zu erwarten gewesen sei. An sein mögliches Eintreten habe aber gedacht werden müssen, insbesondere mit Rücksicht auf den Versuch der Kranken, am 12. November 1905 aus dem fahrenden Eisenbahnzuge zu springen. Wenn auch Unklarheit darüber geherrscht haben könne, ob dieser Versuch gerade als Selbstmordversuch aufzufassen gewesen sei, so habe dennoch die notwendige Vorsicht bei der Unterbringung und bei der Beaufsichtigung der Kranken verlangt, jenen Versuch als einen möglichen Selbstmordversuch zu berücksichtigen. Der Aufenthalt der Frau S. in der Klinik sei noch zu kurz gewesen und ihr geistiger Krankheitszustand habe sich in den ersten 4 Tagen noch zu wenig geändert gehabt, um zur Zeit der Verlegung in das offene Haus die Gefahr eines Selbstmordversuches als nicht mehr naheliegend ausschliessen zu können. Die am 15. November in die Krankengeschichte eingetragene Bemerkung: „Erscheint etwas freier“ begründe die erheblichsten Zweifel an der angenommenen ausreichenden Rückbildung der gemütskranken Verfassung der Frau S. und mache den von ihr am 16. November ausgeführten abrupten Selbstmordversuch auch verständlich.

Nach diesem Gutachten, das von dem Gericht für durchaus überzeugend erachtet wird, ist zweifellos eine schuldhafte Ausserachtlassung der durch die

ärztliche Wissenschaft und Erfahrung gebotenen Vorsicht festzustellen. Diese Feststellung ist aber auch auf Grund des Gutachtens des Sachverständigen Dr. Flechsig zu treffen. Der Sinn seiner Ausführungen geht doch nur dahin, dass dem Anstaltsleiter eine grobe Fahrlässigkeit nicht zur Last gelegt werden könne, dass aber auch nach seiner Ueberzeugung die frühe Ueberführung der Frau S. in die offene Station zum mindesten ein sehr gewagtes Experiment war, dass mit einem Selbstmordversuch immer noch gerechnet werden konnte und es vorsichtiger gewesen wäre, erst eine weitere Rückbildung der Krankheit in der Ueberwachungsstation abzuwarten. Die Schadenersatzpflicht des Beklagten setzt aber keineswegs eine grobe Fahrlässigkeit voraus. Sie ist vielmehr schon begründet, wenn überhaupt ein Verschulden des Anstaltsvorstehers und sei es auch nur ein geringes, festgestellt werden kann. Ein solches Verschulden ist aber auf Grund beider Gutachten als erwiesen anzunehmen. Bei Unterbringung der Kranken in der offenen Station am 15. November 1905 ist nicht hinreichend berücksichtigt worden, dass der Versuch der Frau S., sich aus dem Zuge zu stürzen, in selbstmörderischer Absicht vorgenommen sein konnte und deshalb die Gefahr eines erneuten Selbstmordversuches durch den Verlauf der Krankheit in den folgenden drei Tagen noch nicht mit hinreichender Sicherheit als aufgehoben angesehen werden durfte. Die erforderliche Vorsicht ist daher ausser Acht gelassen worden.

Sonach erscheint der Schadenersatzanspruch in allen Teilen dem Grunde nach gerechtfertigt.

Da der Anspruch auch dem Betrage nach streitig war, erschien es gemäss § 304 der Z. P. O. angezeigt, wie geschehen, über den Grund vorab zu entscheiden.

gez. Sander. Matthiessen. Haan.

Es wurde Berufung beim Oberlandesgericht eingelegt.

Nach dem Gerichtsbeschluss vom 28. Juni 1910 soll Beweis erhoben werden, ob die Ueberführung der Ehefrau des Klägers aus der Ueberwachungsstation in die offene Station der Kieler Nervenlinik am 15. November 1905 vom ärztlichen Standpunkte aus keinem begründeten Bedenken unterlag.

Unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass die Fenster der offenen Station ohne besondere Sicherungen sind, dass eine ständige Bewachung der Kranken, insbesondere auf dem Klosett nicht stattfand und dass dem die Ueberführung anordnenden Arzte bekannt war, dass die Kranke am 12. November 1905 auf der Fahrt nach Kiel versucht hatte, sich aus dem Eisenbahnabteil zu stürzen.

Durch Einziehung eines Obergutachtens der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Berlin.

Das Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten stellte am 26. September 1910 anheim, zunächst ein Gutachten des Medizinalkollegiums der Provinz Westfalen einzuholen.

Dieses erstattete unter dem 13. Januar 1911 folgendes

#### Gutachten.

Dem Königlichen Oberlandesgericht 2. Zivilsenat erstatten wir unter Bezugnahme auf das urschriftliche Schreiben vom 5. Oktober v. Js. und unter Rückgabe von 2 Bd. Akten das von uns erforderte Obergutachten darüber,

„ob die Ueberführung der Ehefrau S. aus der Ueberwachungsstation in die offene Station vom ärztlichen Standpunkte aus keinen begründeten Bedenken unterlag unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass die Fenster der offenen Station ohne besondere Sicherungen sind, dass eine ständige Ueberwachung der Kranken, insbesondere auf dem Klosett nicht stattfand und dass dem die Ueberführung anordnenden Arzte bekannt war, dass die Kranke am 11. November 1905 auf der Fahrt nach Kiel versucht hatte, sich aus dem Eisenbahnabteil zu stürzen“ im Nachfolgenden ergebenst.

#### Geschichtserzählung.

Der Redakteur E. S. in I. reichte am 5. 12. 1907 aus Anlass eines seitens seiner Frau in der Kieler Nervenlinik erlittenen Unfalls bei dem Königlichen Landgerichte die Klage gegen den preussischen Fiskus, vertreten durch den Universitätskurator in Kiel ein mit dem Antrage, diesen kostenpflichtig zu verurteilen. Als Begründung für seine Klage führte er an, dass seine Frau, die im Jahre 1903 nach einer Entbindung wegen einer melancholischen Verstimmung als vorübergehend geisteskrank in der Königlichen psychiatrischen und Nervenlinik behandelt sei, von ihm am 11. 11. 1905 der Anstalt wiederum habe zugeführt werden müssen. Dem Assistenzarzt Dr. Flatau habe er mitgeteilt, dass seine Frau auf der Fahrt wiederholt versucht habe, sich aus dem Zuge zu stürzen und habe er diesen auch befragt, ob seine Frau notwendig in den allgemeinen Krankensaal untergebracht werden müsse, da sie dort früher üble Eindrücke gehabt habe. Am folgenden Tage habe er darüber auch mit dem Professor Dr. Siemerling gesprochen, der ihm angegeben habe, dass bei der Patientin eine Anwandlung von Schwermut vorliege, die anscheinend nur leicht sei und in 2—3 Wochen wieder gehoben sein werde. Professor Dr. Siemerling habe auch bemerkt, es sei ihm interessant zu hören, dass Frau S. versucht habe, sich aus dem Zuge zu stürzen und er bedaure, dass sie zunächst auf die Beobachtungsstation gebracht werden müsse, dass er ihr aber, sobald ihr Zustand es erlaube, ein besonderes Zimmer anweisen werde. Zwei Tage später sei seine Frau dann in das erste Stockwerk der Frauenvilla

gebracht, obwohl im Parterre Zimmer vorhanden waren, aber bereits am folgenden Tage habe sie sich aus dem Klosettfenster gestürzt und die Wirbelsäule gebrochen. Für die Folgen des Unfalles machte der Kläger den Königlich Preussischen Fiskus bzw. die Universität Kiel verantwortlich: ein Verschulden der Anstaltsbeamten sei darin zu erblicken, dass die Schwermütige, die soeben Selbstmord versucht habe, in die offene Villa und in den ersten Stock gebracht wurde, sodann aber ein Verschulden darin zu finden, dass die Klinik nicht mit den gebräuchlichen geeigneten Einrichtungen versehen sei, derartige Unfälle zu verhindern, da es geboten sei, Räume, in denen sich derartige Kranke ohne Aufsicht aufhalten, insbesondere Klosetts usw. mit Fenstern zu versehen, welche ein Herausspringen nicht zulassen.

Hiergegen nahm der Beklagte Stellung, indem er hervorhob, dass die psychiatrische Klinik in allen ihren Einrichtungen den Grundsätzen der modernen Psychiatrie entspreche, indem die Ueberwachungsstation mit allen Schutzvorrichtungen versehen sei, in der Abteilung für ruhige Kranke jedoch derartige Massnahmen aus guten Gründen vermieden seien. Ein Verschulden der Beamten liege ebenfalls nicht vor, da die Frau S. erst nach eingetretener Beruhigung in die Abteilung für ruhige Kranke überführt sei und da nach der gewissenhaften sachverständigen Ueberzeugung der Aerzte kein Bedenken mehr vorlag, dem Drängen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu verlegen, nachzugeben. Für die Aerzte habe durchaus keine Veranlassung zu der Befürchtung der Wiederholung eines Selbstmordversuches vorgelegen, da die Patientin sich beruhigt hatte.

Nach dem Berichte des Direktors der Königlichen psychiatrischen Klinik Professor Dr. Siemerling ist die Frau S. am 8. 11. 1903 das erste Mal in die Klinik aufgenommen: sie litt damals (nach ihrem ersten Wochenbett während des Stillens erkrankt) an einer ängstlichen Erregung mit Sinnestäuschungen, beruhigte sich bald, so dass sie am 20. oder 21. 11. (Bl. 72) nach der offenen Abteilung verlegt und am 16. 12. als geheilt entlassen werden konnte. Selbstmordideen hatte sie niemals geäussert. Nach ihrer Entlassung soll sie wiederholt an leichteren Anfällen trauriger Verstimmung gelitten haben, die jedoch immer rasch vorüber gingen.

Am 12. 11. 1905 wurde sie wieder zur Klinik gebracht, nachdem sie im Anschluss an ihre zweite Entbindung ungefähr die gleichen Symptome wie bei der ersten Aufnahme geboten hatte. Der Ehemaun habe ausdrücklich erklärt, die Symptome seien milder wie bei der ersten Erkrankung gewesen, sie habe zu Hause keine Selbstmordideen geäussert, nur unterwegs habe sie den Versuch gemacht, aus dem Zuge zu springen.

In der Klinik habe sich die Frau S. rasch wieder beruhigt und am 14. 11. einen so freien Eindruck gemacht, dass kein Bedenken vorlag, ihrem und des Ehemanns Drängen nachzugeben und sie, wie das erste Mal, aus der Ueberwachungsstation nach dem offenen Hause zu verlegen, in dem die Zimmer 1. und 2. Klasse eine Treppe hoch liegen. Nach der Verlegung sei die Frau S. munter und zufrieden gewesen, habe keine Spur von ängstlicher Verstimmung gezeigt, am folgenden Morgen früh sei sie dann plötzlich aus dem Fenster des Klosetts gesprungen — wie später angegeben in einem momentanen Anfall von Angst — und habe sich einen Bruch der Lendenwirbelsäule zugezogen. Schutzeinrichtungen fehlten im offenen Hause im Klosett sowie an sämtlichen Fenstern, da sie hier wenig Zweck hätten, da keine dauernde Ueberwachung statthabe, die Kranken sich daher, wenn sie selbstmordsüchtig seien, auch sonst beschädigen könnten.

Der am 14. 5. 1908 vernommene Dr. Flatau gab an, dass der Zustand der Frau S. am 14. 11. 1905 ein derartiger war, dass man die Ueberführung aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus wagen konnte, andernfalls wäre diese Verlegung vom Geheimrat Professor Dr. Siemerling nicht angeordnet worden. Ein Selbstmordversuch der Kranken sei weder verargwöhnt noch erwartet: der frühere Versuch der Frau S., aus dem Eisenbahnzuge zu springen, brauche nicht unbedingt in selbstmörderischer Absicht unternommen worden zu sein, könne auch aus der Angst und dem Widerwillen, wieder nach der Klinik gebracht zu werden, entstanden sein.

Der Geheimrat Professor Dr. Siemerling bekundet bei seiner Vernehmung am 27. 6. 1908, dass der Ehemann S. ihm erklärt habe, dass seine Frau in der Zwischenzeit (seit dem 16. 12. 1903) geistig gesund gewesen sei, abgesehen von einigen ab und zu eingetretenen Verstimmungen. Die jetzige Gemütskrankung, infolge deren Frau S. am 12. 11. 1905 wieder aufgenommen sei, habe sich wiederum an das Wochenbett angeschlossen, sei aber weniger schlimm (milder) als das vorige Mal. Selbstmordideen habe sie nicht an den Tag gelegt, abgesehen davon, dass sie während der Herfahrt aus dem Eisenbahnzuge habe herausspringen wollen. Frau S. sei zunächst in der Ueberwachungsstation und zwar in einem Saale untergebracht, dann aber in eins der zur Ueberwachungsstation gehörigen einzelnen Zimmer gebracht. Ihr Befinden habe sich wiederum sehr schnell gebessert und habe sie durchaus keine Anzeichen gezeigt, die auf Selbstmordideen hindeuteten. Sie habe sehr darauf gedrängt, in die Villa überführt zu werden, weil die Räume dort angenehmer sind, auch die ganze Umgebung ruhiger ist als in der Ueberwachungsstation. Am 15. 11. habe die Frau S.,

„die sich damals jedenfalls bereits in einem Einzelzimmer befand“, ihm bei der Visite persönlich den Wunsch geäußert, in die obere Villa verlegt zu werden und habe er mit Rücksicht auf die eingetretene Besserung — „sie war insbesondere an diesem Morgen durchaus ruhig gewesen“ — kein Bedenken gehabt, diesem Wunsche nachzugeben. Auf seine Anordnung hin habe am Nachmittag dieses Tages die Verlegung dann stattgefunden, worüber die Frau S. sich gefreut habe. Zur Zeit der Anordnung der Ueberführung der Frau S. in die Villa habe er die Gefahr eines Selbstmordversuches für ausgeschlossen angesehen.

Aus einem am 16. 11. 1905, am Tage des Unglücksfalles, vom Professor Dr. Siemerling an den Ehemann der Frau S. gerichteten Briefe heben wir u. a. folgendes hervor:

„Die Kranke hatte sich hier dauernd ruhig gehalten, keinerlei Erscheinungen von Angst oder Traurigkeit gezeigt, gut gegessen und geschlafen, so dass ihrem wiederholten dringenden Bitten, aus dem Wachsaaal nach der Villa verlegt zu werden, gestern nachgegeben wurde. Sie war sehr erfreut darüber, schlief die Nacht gut und trug auch heute Morgen ein vollkommen ruhiges und geordnetes Wesen zur Schau. Gegen  $\frac{3}{4}$  9 Uhr begab sie sich, als die Pflegerin gerade mit einer anderen Patientin beschäftigt war, auf das Klosett und sprang einen Stock hoch aus dem Fenster. . . . Auf Fragen nach dem Grunde ihrer Tat antwortete die Kranke nur, sie sei schlecht und habe Schuld“ . . . .

In einem am 17. 11. 1905 geschriebenen Briefe wird u. a. angegeben:

. . . . die Kranke verhält sich ruhig, ist völlig klar, aber leicht gedrückter Stimmung; sie hat selbst den Wunsch wieder gesund zu werden, während sie noch gestern als Grund für den Sprung angab, sie sei nicht wert zu leben, sei ihrem Manne und Kinde zu wenig gewesen.

Professor Dr. Siemerling bezeichnet in seinem an den Dr. Kr. zu I. gerichteten Brief vom 29. 11. 1905 die Erkrankungsform der Frau S. als „melancholische Verstimmung“.

Aus der Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass Frau S. nach ihrer am 16. 12. 1903 erfolgten Entlassung aus der Klinik noch ziemlich erregt war, ab und zu traurige Stimmungen bekam, später jedoch immer guter und lustiger Dinge war. Während eines Aufenthaltes in Hamburg von Februar bis März 1904 bekam sie nach einem Streit mit ihrem Bruder einen ihrer Anfälle, lag 2 Stunden besinnungslos, war

leicht erregt, legte sich hin mit geschlossenen Augen; am folgenden Tage wieder gutes Befinden, machte eine Kaffeegesellschaft mit. — Während einer Influenza im Mai 1904 zeigte sie einen 4 Tage anhaltenden apathischen Zustand, „alles zitterte an ihr“, dann wieder ganz gesund. Gegen Mitte Oktober 1905 erfolgte die 2. Niederkunft normal, leicht: Frau S. stillte selbst. Nach einem Besuche der Mutter schlief sie vom 4./5. 11. schlecht, vom 6./7. 11. war sie nachts sehr unruhig, wühlte, hatte traurige Stimmungen, sagte, sie sei eine schlechte Frau, machte den Ihrigen Kummer, tue nichts, keine Suizidalgedanken. Am 11. 11. „heute Weinen und ausnehmend traurig“. Auf der Reise nach Kiel Versuch aus dem Zuge zu springen. Am 12. 11. wurde sie abends gegen 8 Uhr von ihrem Manne zur Klinik gebracht, verlangte, zu Bett gebracht, fortwährend nach Hause, beruhigte sich jedoch bald, schläft auf Schlafmittel gut.

Am 13. 11. ist angegeben: Macht alle Augenblicke Anstalten, das Aerztezimmer zu verlassen. Behauptet, man habe sie zum Narren . . . Sie gibt zu, traurige Gedanken gehabt zu haben. Oertlich und zeitlich gut orientiert. Bedrückte weinerliche Stimmung. Hat in ihrem ganzen Wesen etwas Starres, sitzt wie traumhaft da. Beantwortet die meisten an sie gerichteten Fragen entweder nicht oder nur ganz kurz mit leiser Stimme. Eingehende Untersuchung unmöglich, da von Patientin abgelehnt.

Vom 13./14. 11.: Auf Schlafmittel ruhig geschlafen.

Am 14. 11.: Noch immer leicht gedrückter Stimmung. Liegt ruhig zu Bett. Hat noch immer in ihrem Aeusseren etwas Traumhaftes. Isst etwas besser. Tägliche Bäder.

Vom 14./15. 11.: Auf Schlafmittel gut geschlafen.

Am 15. 11.: Erscheint heute etwas freier. Fragt, ob sie nicht nach Villa oben verlegt werden könne. — Nach Villa II zwischen 5—6 Uhr abends. Freut sich, wieder in der Villa zu sein. Liegt ruhig zu Bett.

Am 16. 11.: Geht morgens nach dem Klosett. Springt durch das Klosettfenster auf den Hof . . . . Aeussert am Abend auf Befragen, sie habe nicht mehr leben wollen, weil sie nicht mehr wert sei zu leben. Sei nicht gut zu ihrem Mann gewesen.

Am 18. 11.: Psychisch freier. Fragt, ob ihr Mann geschrieben habe; schreibt ihrem Mann einige Zeilen. Kümmert sich um die Vorgänge in ihrer Umgebung.

Am 1. 12.: Mitunter leicht gedrückter Stimmung, macht sich Gedanken, dass ihr Leiden noch lange dauere.

Am 17. 1. 1906: Als der Arzt vorsichtig nach der Ursache ihres

Suizidversuches fragen will, weint sie und sagt, sie wolle nicht darüber sprechen.

Gesprächsweise äussert sie der Schwester Gerda gegenüber, sie habe sich hier unten in Baracke I schon sehr wohl gefühlt und keinerlei Selbstmordgedanken gehabt. Als sie nach Villa II verlegt wurde, habe sie sich zunächst gleich geängstigt vor einer Mitpatientin. Da sei ihr mit einem Male der Gedanke gekommen, sich mit einem Messer das Leben zu nehmen. Sie hätte es aber nicht ausführen können, weil zu viel Menschen im Zimmer waren. In der Nacht vom 15./16. 11. 1905 habe sie ohne trübe Gedanken geschlafen. Am 16. 11. morgens sei ihr auch wieder gut gewesen, sie ging um 9 Uhr aufs Klosett ohne Selbstmordgedanken. Hier öffnete sie das Fenster, um hinauszusehen. Da kam ihr plötzlich der Gedanke, sie müsse sterben, es könne sie doch kein Mensch leiden; stieg aufs Klosett, dann aufs Fenster und stürzte sich hinaus. Von da ab wisse sie nichts, bis sie sich in ihrem Bett wieder fand.

Am 9. 2. 1906: Psychisch sehr heiter, ausgelassen, lacht viel, macht Witze und Spässe.

Am 8. 3.: Geheilt entlassen.

Hinsichtlich der ersten Erkrankung im Jahre 1903 ergibt in sich inbezug auf die allgemeine Anamnese, dass Vater und Mutter der Frau S. nervös waren, eine Urgrossmutter an Schwermut gelitten hat. In der Schule hat sie gut gelernt, war sehr ehrgeizig, konnte keinen Tadel vertragen, wurde gelegentlich wegen eines geringen Tadels ohnmächtig. Später bekam sie häufig aus geringfügigen Anlässen, meistens infolge Aergers, Anfälle, in denen sie sich auf den Boden warf, mit den Händen um sich schlug, die Umgebung scheinbar nicht kannte, hörte, was gesprochen wurde. Vor ihrer Verheiratung war sie wegen ihrer Nervosität in Hamburg in ärztlicher Behandlung. Im Elternhaus leicht erregt und schwer zu lenken, mit Verwandten kam sie oft in Streitigkeiten, konnte sich wegen Kleinigkeiten tagelang aufregen. Während der Ehe sonst nichts Auffälliges.

Bl. 73. Am 12. 10. 1903 erstmalige Niederkunft, Entbindung leicht. Am 1. 11. 1903 infolge des erwarteten Besuches einer Freundin nachmittags sehr erregt, weinte dann viel, kümmerte sich um ihren Besuch wenig. Gegen Abend Beruhigung. Am folgenden Morgen sehr erregt, die Wärterin habe sie schlecht behandelt, sei schroff gegen sie gewesen. In der Nacht vom 3.—4. November grosse Unruhe, stand oft auf, ging umher, sprach nicht dabei; schien am 4. Morgens dem Manne nicht mehr normal zu sein; hatte die Idee, die Wärterin mache sie schlecht, beunruhigte sich, sie könne dem Kinde nicht genug Nahrung geben,



Wurde teilnahmslos gegen ihre ganze Umgebung, beachtete auch ihr Kind nicht mehr. Auch mit ihrem Manne sprach sie fast garnicht, schien ihn auch zeitweise nicht zu kennen. Aeusserte, sie werde von den Leuten schlecht gemacht, ihr Mann begünstige ihre Verfolger. Nahm sehr wenig Nahrung, Nächte sehr unruhig. Während der Schwangerschaft träumte sie oft sehr lebhaft, glaubte sich in den Träumen verfolgt, stand dabei auf, sprach im Traum, antwortete im Traume dem Manne auf Fragen. Selbstmordideen hat sie nie geäussert. Am 8.11.1903 wurde sie gegen 11 $\frac{1}{2}$  Uhr der psychiatrischen Klinik zu Kiel übergeben, aus der sie am 16.11.1903 wieder entlassen wurde. Aus der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass Frau S. bei der Aufnahme auf Befragen keine Antwort gab, während der Nacht nicht schlief, aber sich ruhig verhielt. Es ist dann weiter verzeichnet:

Am 9. 11. Sehr abweisend und widerstrebend, gibt nicht die Hand, zeigt nicht die Zunge. Gibt auch auf energisches Zureden keine Antwort. Der Gesichtsausdruck meist matt und gleichgültig, zuweilen nimmt er einen ängstlichen Charakter an, sie sitzt ruhig im Bett, nestelt mit den Händen an dem Bettzeug herum oder fasst an die Bettlehne. Passiven Bewegungen setzt sie überall energischen Widerstand entgegen. Nimmt an den Vorgängen in ihrer Umgebung anscheinend gar kein Interesse.

Am 10. 11. Hat garnicht geschlafen, fast die ganze Nacht aufrecht im Bett gesessen, dabei vollkommen ruhig. Heute Morgen sitzt sie in hockender Stellung im Bette, zupft mit den Händen an der Bettdecke. Blickt zuweilen mit etwas ängstlichem Gesichtsausdruck im Zimmer herum. Gibt auf Aufforderung die Hand, auf Befragen keine Antwort.

Am 14. 11. Verlässt heute mehrmals das Bett und drängt nach der Tür, lässt sich leicht wieder zurückführen.

Am 15. 11. Heute Morgen scheint sie nicht mehr so widerstrebend, gibt bei der Visite die Hand. Noch keine sprachlichen Aeusserungen.

Am 17. 11. Scheint auf die Umgebung etwas mehr zu achten.

Am 19. 11. Gibt heute wenn auch zögernd, doch auf die meisten Fragen Antwort. Weiss nicht, wo sie hier ist. (Macht im Ganzen noch einen müden Eindruck. Bringt die Antworten mühsam hervor. Bei passiven Bewegungen nicht mehr so widerstrebend.

Am 20. 11. Gibt heute auf die meisten Fragen, wenn auch immer noch etwas zögernd, Auskunft, ist aber im Ganzen etwas abweisend. Verlangt energisch aufstehen zu dürfen, weiss aber nicht, wo sie ist, „dass wir hier in Kiel sind und wo wir sind, ist, mir noch etwas unklar“.

Am 21. 11. Zur Villa verlegt.

Am 22. 11. Heute Besuch des Mannes. Erkundigt sich mit Interesse

nach ihren Angehörigen, fragt nach ihrem Kinde. Erkundigt sich zweifelnd bei ihrem Manne, ob das hier auch Aerzte seien und ob sie sich wirklich in einer Klinik befinde, es sei ihr so vorgekommen, als ob sie in eine Mördergrube geraten sei.

Am 23. 11. Unterhält sich in durchaus geordneter Weise mit dem Arzte, ist in keiner Weise abweisend oder widerstrebend. Sagt auf Befragen, sie sei jetzt vollkommen überzeugt, dass sie sich in einer Kieler Klinik befinde, und dass sie es mit richtigen Aerzten zu tun habe. Stimmen habe sie zu Hause nicht gehört, hier habe sie ihre Angehörigen rufen hören.

Am 16. 12. Ist in letzter Zeit dauernd vollkommen geordnet, hat volle Krankheitseinsicht. Wird heute noch abgeholt.

In der Sitzung der II. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts zu Kiel vom 4. 2. 1909 wurde dann beschlossen, den Prof. Dr. Flechsig zu Leipzig um ein Gutachten darüber zu ersuchen:

„ob der Geisteszustand der Ehefrau S. in I., die am 12. 11. 1905 wegen einer infolge Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der Kieler Universität aufgenommen wurde, am 14. 11. 1904 („am 15. 11. 1905“) ein derartiger war, dass man es nicht für gefährlich erachten konnte, sie aus der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen oder ob damals noch namentlich mit Rücksicht darauf, dass Frau S. am 12. 11. auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, die Gefahr nahelag, dass sie einen Selbstmordversuch verüben könne“.

Diesem Ersuchen entsprach der Geh. Rat Prof. Dr. Flechsig in einem am 10. 5. 1909 erstatteten ausführlichem Gutachten, auf dessen Ausführung wir verweisen, und in dem er zu dem Schluss kommt:

„dass der Gesundheitszustand von Frau S. zur Zeit ihrer Verlegung kein derartiger war, dass man es unbedingt als gefährlich erachten musste, sie aus der Ueberwachungsstation in ein offenes Haus zu überführen. Ein zuverlässiges Wartepersonal vorausgesetzt kann die Behandlung derartiger Kranken in einer offenen Abteilung kaum prinzipiellen Bedenken unterliegen“.

In der Sitzung der II. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts zu Kiel vom 27. 9. 1909 wurde dann weiterhin beschlossen, Beweis darüber zu erheben.

„ob unter Berücksichtigung der Krankengeschichten von 1903 und 1905 sowie der Zeugenaussagen des Dr. Flatau und des

Geh.-Rats Dr. Siemerling der Gesundheitszustand der Frau S., die am 12. 11. 1906 wegen einer infolge einer Entbindung eingetretenen traurigen Verstimmung in die Nervenlinik der Kieler Universität aufgenommen wurde, am 14.—15. 11. 1905 vom Standpunkte des Arztes aus als ein derartiger erscheinen musste, dass keine begründeten Bedenken mehr vorlagen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen, und ob, insbesondere auch mit Rücksicht darauf, dass die Ehefrau S. am 12. 11. 1905 auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, trotz des kurzen Aufenthalts der Ehefrau S. in der Nervenlinik von den Aerzten nach Lage der Sache nicht mehr mit einer Gefahr, dass sie Selbstmord verüben könne, gerechnet werden musste“.

Der in der Sitzung vom 21. 10. 1909 zum Beweissatze dieses Beschlusses zum Sachverständigen ernannte Physikus Dr. Erman in Hamburg kam in seinem am 30. 11. 1909 erstatteten Gutachten zu dem Schluss:

„dass I. der Gesundheitszustand der Frau S. am 15. 11. 1905 vom Standpunkte des Arztes aus als ein derartiger erscheinen musste, dass begründete Bedenken vorlagen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen, und dass II. insbesondere auch mit Rücksicht darauf, dass die Ehefrau S. am 12. 11. 1905 auf der Fahrt nach Kiel einen Versuch gemacht hatte, aus dem Eisenbahnzuge zu springen, bei kurzem Aufenthalt der pp. in der Nervenlinik von den Aerzten nach Lage der Sache noch mit einer Gefahr, dass sie Selbstmord verüben könne, gerechnet werden musste“.

Daraufhin wurde, indem wir auf die Ausführungen des Dr. Erman sowie auf die Gegenerklärung des Prof. Dr. Siemerling vom 23. 12. 1909 verweisen, in der Sitzung der II. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts zu Kiel vom 23. 2. 1910 das Zwischenurteil verkündet.

Der Klageanspruch ist dem Grunde nach gerechtfertigt.

Gegen dieses Urteil wurde seitens des Königlich Preussischen Fiskus Universität Kiel am 16. 4. 1910 Berufung eingelegt mit dem Antrag, unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Frage abzuweisen und das Urteil hinsichtlich der Kosten für vorläufig vollstreckbar zu erklären.

Nach der am 22. 4. 1910 erfolgten Begründung dieses Antrags und der am 10. 6. 1910 erfolgten Gegenerklärung des Berufungsbeklagten wurde vom Königlichen Oberlandesgericht zu Kiel in der Sitzung vom 4. 10. 1910 beschlossen, das Medizinalkollegium der Provinz Westfalen

um ein Obergutachten darüber zu ersuchen: „ob die Ueberführung der Frau S. aus der Ueberwachungsstation in die offene Station der Kieler Nervenlinik am 15. 11. 1905 vom ärztlichen Standpunkte aus keinen begründeten Bedenken unterlag unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass die Fenster der offenen Station ohne besondere Sicherungen sind, dass eine ständige Ueberwachung der Kranken insbesondere auf dem Klosett nicht stattfand und dass dem die Ueberführung anordnenden Ärzte bekannt war, dass die Kranke am 11. 11. 1905 (12. 11.?) auf der Fahrt nach Kiel versucht hatte, sich aus dem Eisenbahnabteil zu stürzen“.

#### Gutachten.

Nach den in den Akten erhaltenen Angaben ist die Frau S., deren Eltern als nervös. und deren eine Urgrossmutter als geisteskrank bezeichnet werden, als neuropathisch belastet anzusehen: als Zeichen dieser Belastung sind die schon in früher Jugend bei ihr nachweisbare leichte Reizempfindlichkeit, plötzlicher Wechsel der Stimmung, die infolge geringen äusseren Anlasses sich einstellenden Anfälle, in denen sie sich auf die Erde warf und mit den Händen um sich schlug, sowie ihre spätere Nervosität, wegen deren sie während ihres Studiums auf der Handelsakademie zu Hamburg ärztlich behandelt wurde, anzuführen. Nach ihrer Verheiratung soll ihre Gemütsstimmung eine gleichmässiger geworden sein, aber während der ersten Schwangerschaft machten sich Zeichen bemerkbar, die ihre nervöse Konstitution wieder erkennen lassen, indem sie damals im Jahre 1903 in lebhaften Träumen sich verfolgt glaubte, dabei aufstand und im Traume auch ihrem Manne auf Fragen Antwort gab. Drei Wochen nach ihrer ersten Niederkunft, während des Laktationsgeschäfts, wurde Frau S. infolge eines sonst unbedeutenden äusseren Vorganges plötzlich erregt, bekundete sehr bald Beeinträchtigungsvorstellungen und verfiel dann in ein Depressionsstadium, das ihre Ueberführung in die psychiatrische Klinik zu Kiel am 8. 11. 1903 erforderlich machte. Der Krankheitszustand mit seinen allgemeinen Hemmungsvorgängen, sowohl auf dem psychischen wie motorischen Gebiet, verbunden mit sichtlichen Angstvorstellungen, nahm einen günstigen Verlauf, indem die Frau S. bereits nach 14 Tagen, am 21. 11. 1903, wenngleich noch unorientiert und in depressiven Wahnvorstellungen befangen, von der Ueberwachungsabteilung in die offene Villa verlegt und dann unter schnell zunehmender Erholung nach Verlauf von weiteren 3½ Wochen, am 16. 12. 1903, nach Hause abgeholt werden konnte. Nervöse Missstimmungen machten sich nach der Entlassung jedoch zunächst noch weiter bemerkbar, und wie schwankend ihr Verhalten, wie reizempfindlich sie noch war, ergibt sich aus den

in der Geschichtserzählung angeführten, im Jahre 1904 stattgehabten Vorgängen.

Etwa 3 Wochen nach ihrer zweiten, im Oktober 1905 erfolgten Niederkunft, während der Laktationszeit und im Anschluss an eine leichte Gemütsaufregung (Besuch und Abreise der Mutter) zeigte Frau S. am 7. 11. 1905 wiederum eine depressive Gemütsverstimmung, sie machte sich Selbstvorwürfe und wurde dann von ihrem Manne am 12. 11. abends der psychiatrischen Klinik wieder zugeführt. Der gesamte Krankheitszustand, der von Prof. Dr. Siemerling als „eine melancholische Verstimmung“ bezeichnet worden ist, lässt nach den in der Krankengeschichte enthaltenen Aufzeichnungen den Grundzug der Depression deutlich erkennen, hatte jedoch bei dem Fehlen erheblicher Hemmungserscheinungen einen bedeutend milderen Charakter als die im Jahre 1903 überstandene Psychose und liess die Annahme einer günstigen Prognose um so mehr als berechtigt erscheinen, als die gleichfalls im Anschluss an das Wochenbett während der Laktation entstandene erstmalige Erkrankung trotz ihrer schweren Symptome einen verhältnismässig schnellen, guten Verlauf genommen hatte. Da die Depression am 15. 11. zu weichen schien, indem in der Krankengeschichte an diesem Tage „erscheint heute etwas freier“ verzeichnet ist, und da Frau S. am Morgen dieses Tages auch „durchaus ruhig“ sich verhalten hatte, so traf Professor Dr. Siemerling die Anordnung, die Frau S. ihrem Wunsche entsprechend am 15. 11. nachmittags in die Villa zu verlegen; hier stürzte sie sich am folgenden Morgen gegen 9 Uhr aus dem Fenster des Klosett-raums und zog sich einen Bruch der Wirbelsäule zu.

Dies vorausgeschickt bleibt nunmehr die Frage zu beantworten, ob die Verlegung der Frau S., die auf der Fahrt nach Kiel am 12. 11. versucht hatte, sich aus dem Zuge zu stürzen, in die offene Station, in der die Fenster ohne Sicherungen sind und auch eine beständige Ueberwachung, insbesondere auf dem Klosett nicht stattfand, vom ärztlichen Standpunkt aus keinen begründeten Bedenken unterlag.

Bei der Erörterung dieser Frage muss zunächst die wissenschaftlich allgemein anerkannte Tatsache angeführt werden, dass an depressiven Stimmungen und Vorstellungen leidende Kranke ärztlicherseits besonderer Vorsichts- und Aufsichtsmassnahmen bedürfen, da derartige Kranke infolge plötzlich eintretender Angstzustände sehr leicht triebartig zu gefährlichen, sich schädigenden Handlungen schreiten können. Hiernach würde die Verlegung um so mehr als bedenklich beurteilt werden müssen, als die Frau S. wenige Stunden vor der Anstaltsaufnahme sich aus dem Eisenbahnzuge zu stürzen versucht, erst 3 Tage auf der Wachabteilung sich befunden, allnächtlich noch ein Schlafpulver erhalten und

am 15. 11. auch ihre depressive Stimmung noch nicht ganz verloren hatte, wobei wir es bei dem Fehlen einer darauf bezüglichen Äusserung der Frau S. dahingestellt sein lassen, ob sie bei ihrem Versuche im Bahnzuge einen Selbstmord oder nur eine Entweichung beabsichtigte. Die Verlegung würde auch als bedenklich angesehen werden müssen, wenn das Pflegepersonal nicht auf besondere Beachtung der in ihrem Verhalten noch unsicheren und verdächtigen kranken Frau S. geschult gewesen wäre.

So sehr berechtigt und dringlich derartige Vorsichtsmassnahmen gerade bei Kranken mit depressiver Stimmung nach ärztlicher Erfahrung im allgemeinen auch erscheinen, so wird man andererseits doch auch hervorheben müssen, dass die Behandlungsweise der depressiven Kranken ebensowenig wie die anderer Kranker nach einer Schablone erfolgen kann, dass sie vielmehr individualisieren und je nach der Eigenart des jedesmaligen Erkrankungsfalles sich richten muss. Die Erfahrungen, die bei der erstmaligen Erkrankung, während deren die Frau S. nach einem 14 tägigen Anstaltsaufenthalte noch völlig unorientiert und noch nicht frei von psychischen Hemmungserscheinungen, in die offene Villa verlegt wurde, gemacht waren, hatten mit dieser Verlegung einen überaus günstigen Erfolg gezeitigt, so dass man ärztlicherseits bei der zweimaligen Erkrankung von einer möglichst baldigen Verlegung in die Villa um so mehr einen günstigen Erfolg auf das psychische Verhalten anzunehmen berechtigt war, als der Charakter der Erkrankung gegenüber dem der ersten Erkrankung ein erheblich milderer war. Die Verlegung konnte auch um so weniger bedenklich erscheinen, als Frau S. weder in ihren früheren Jahren noch auch während ihres erstmaligen Anstaltsaufenthalts sowie in den 3 Tagen ihres zweimaligen Anstaltsaufenthalts jemals Selbstmordideen bekundet hatte und nach ihrem erfolglosen Versuch während der Eisenbahnfahrt als von dahingehenden Vorstellungen entlastet angesehen werden konnte.

Vom ärztlichen Standpunkte aus müsste aber einer möglichst baldigen Verlegung der Frau S. in die offene Villa auch deshalb eine grosse Bedeutung zugemessen werden, als es darauf ankam, die Kranke, die während ihrer erstmaligen Unterbringung auf der Aufnahmeabteilung im Jahre 1903 unangenehme Eindrücke in sich aufgenommen hatte, bei dem zweimaligen Aufenthalte so schnell als tunlich der Möglichkeit zu entziehen, ungünstige Vorstellungsbilder wieder zu empfangen, sie vor etwaigem Wiederauftauchen der letzteren zu schützen und durch vollständig veränderte Umgebung sie von allen Reizen, die sie treffen konnten, zu befreien. Die Gelegenheit hierzu war in der offenen Villa gegeben, die nach ihrer gesamten Einrichtung um so mehr auf eine

weitere Entlastung der für äussere Eindrücke sehr empfänglichen Frau S. wirken konnte, als diese Verlegung dem eigenen Wünschen und Sehnen der Kranken entsprach und auch tatsächlich zunächst einen günstigen Einfluss anscheinend ausgeübt hatte. Ohne Aufsicht war sie während ihres Aufenthalts in der Villa nicht, und wenn sie am 16. 11. vormittags infolge eines plötzlich eintretenden, vorher nicht vorhandenen oder doch nicht bemerkbaren Angstzustandes den Sprung aus dem geöffneten Klosettfenster vollziehen konnte, so war dies in dem Begleitumstände begründet, dass die Pflegerin, wie Prof. Dr. Siemerling in seinem am 16. 11. geschriebenen Briefe hervorhebt, zu der Zeit, als die Frau S. sich zum Klosett begab, ihre Aufmerksamkeit gerade einer anderen Kranken zuwenden musste.

In dem vorliegenden Falle wäre es zwar besser gewesen, wenn das Fenster auf dem Klosett ein Durchlassen des Körpers nicht ermöglicht hätte, aber dann war die Vornahme einer schädigenden Tat immerhin noch auf andere Weise nicht ausgeschlossen, denn Unglücksfälle ähnlicher Art können sich auch in den bestgeleiteten und besteingerichteten Anstalten ereignen, wie auch Selbstschädigungen und Selbstmorde schon auf Wachabteilungen vorgekommen sind, trotz ständiger, bei Tag und Nacht stattfindender Beaufsichtigung. Gitter und Eisenstangen, undurchsteigbare Fenstereinrichtungen usw. schützen die Anstalten und deren Kranke nicht vor Unglücksfällen, und wenn die heutige Behandlung der Geisteskranken von derartigen Einrichtungen soweit wie eben möglich Abstand genommen hat, auch direkte Zwangsmassnahmen in der Behandlung der Kranken zu meiden sucht, indem der frühere mechanische Zwang durch grössere dem Kranken zugewandte Aufsicht und intensivere Beobachtung ersetzt wird, so geschieht dies im Interesse der Kranken selbst, da die Erfahrung gezeigt hat, dass Zwangsmassnahmen für eine nutzbringende Behandlung der Kranken meist nachteilig sind, und dass bei der freieren Behandlungsart viel weniger Unglücksfälle in den Anstalten sich ereignen, als in früheren Zeiten, wo man durch bauliche Schutzmassregeln der verschiedensten Art, durch vergitterte Fenster usw. den Kranken vor Selbstschädigungen und Entweichungen zu schützen suchte.

Nach den vorstehenden Ausführungen geben wir auf Grund des Akteninhalts unser Gutachten dahin ab, dass die Ueberführung der Frau S. aus der Ueberwachungsstation in die offene Station der Kieler Nervenlinik am 15. 11. 1905 nach dem Krankheitszustande der Frau S. sowie nach den Einrichtungen der Villa nicht frei von begründeten Bedenken war, dass diese Ueberführung jedoch bei sonst zuverlässigem und gut geschultem Pflegepersonal vom ärztlichen Standpunkte aus zulässig erscheinen konnte und grundsätzlichen Bedenken kaum unterlag.

gez. von der Recke.

Am 27. 6. 1911 wurde folgender Beschluss verkündet:

I. Es soll darüber Beweis erhoben werden,

1. ob am 15. und 16. 11. 1905 in der Villa II der Königlichen Psychiatrischen und Nervenlinik in Kiel, d. h. in dem ersten Stock der Villa, in der die Kranken I. und II. Klasse liegen, abgesehen von einigen Privatpflegerinnen für die Kranken I. Klasse, nur 2 Pflegerinnen, namens Auguste und Liesbeth, vorhanden waren, ob diese sämtliche Räume in Ordnung zu halten, die Betten zu machen, das Essen einzurichten und zu servieren, den Tisch zu decken, den Kranken die verordneten Medizinen und Bäder zu verabfolgen und deshalb keine Zeit hatten, die einzelnen Kranken zu beobachten, und ob von den genannten beiden Pflegerinnen die Pflegerin Liesbeth ausschliesslich zur Pflege einer bestimmten Kranken bestellt war,

oder ob an den genannten Tagen in der Villa II 6 Pflegerinnen Dienst hatten, von denen die Pflegerin A. Dietz die Aufsicht über die ganze Station, die Pflegerin L. Geier die Ordnung in der Spüle hatte, während die übrigen 4, nämlich L. Sieck, E. Wilhelmi, J. Swensen und M. Nowack unter Anleitung der Stationspflegerin für die Krankenpflege auf die einzelnen Zimmer nach Bedarf verteilt waren und ob die Oberin besonders für die Kranken in der Villa II die Krankenschwester Gerda Ehneroth beigegeben war,

ob in der Nacht vom 15. zum 16. 11. die 3 Pflegerinnen Sieck, Geier und Wilhelmi Nachtdienst in der Villa II gehabt haben, während die Oberin ebenfalls dort geschlafen hat,

ob Mitte November 1905 die Villa II mit 11 bis 12 Kranken belegt war, so dass am Tage auf je 2 Kranke eine Pflegerin kam,

durch Vernehmung

a) des Geheimrats Prof. Dr. Siemerling in Kiel

b) der vom Beklagten noch zu benennenden Oberin

c) des Fräuleins Lolly in Wyk a. F.

d) der Schwester Gerda Ehneroth in Stockholm, Vestmanpagaten 50 II als Zeugen, zu a von beiden Parteien, zu c und d vom Kläger benannt;

2. ob alle Pflegerinnen sofort nach ihrem Eintritt mit den Bestimmungen der Berufsordnung bekannt gemacht und regelmässig von einem Assistenzarzt in der Krankenpflege unterrichtet, besonders in der Beobachtung, Ueberwachung und Pflege der Kranken ausgebildet werden, auch ihre Beobachtungen über jede Kranke in Form eines Berichts niederschreiben müssen,

ob in den Dienst der Psychiatrischen Klinik in Kiel eingetreten waren

die Schwester Ehneroth am 1. 6. 1905,

„ Pflegerin Dietz am 15. 6. 1903,

„ „ Wilhelmi am 2. 7. 1905,

„ „ Geier am 17. 10. 1905,

„ „ Sieck am 15. 6. 1905,

„ „ Nowack am 2. 7. 1905,

„ „ Swensen am 8. 9. 1905,

ob sie bereits vor ihrem Eintritt in der Beobachtung und Pflege der Kranken ausgebildet und zuverlässig waren,



durch Vernehmung

a) des Geheimrats Prof. Dr. Siemerling

b) der von dem Beklagten zu benennenden Oberin

und durch Vorlegung der Akten der Klinik über die Pflegerinnen.

II. Sodann soll das Königliche Medizinalkollegium in Münster um ein Gutachten darüber ersucht werden, ob nach dem Ergebnis der Beweisaufnahmen mit Rücksicht auf die Zuverlässigkeit, gute Schulung und Zahl des Pflegepersonals die Ueberführung der Frau S. in die offene Station der Kieler Nervenklinik am 15. 11. vom ärztlichen Standpunkt aus keinem Bedenken unterlag.

Die 34 jährige Toni Lolly gab bei ihrer Vernehmung am 18. 10. 1911 in Wyk folgendes an:

Ich bin etwa Mitte November nach Kiel in die Klinik zu Prof. Siemerling gekommen und zwar habe ich im ersten Stock der sogenannten Damen-Villa gewohnt. Ich bin im ganzen 4 Monate daselbst gewesen; während der ersten 3 Wochen etwa habe ich fortwährend im Bett gelegen. Ich weiss, dass der Unfall der Klägerin einige Tage vor meiner Ankunft sich ereignet hatte. Wieviel Pflegerinnen im einzelnen für den oberen Stock der Damen-Villa zur Verfügung standen, kann ich genau nicht angeben. Während der ganzen Zeit ist die Oberpflegerin Auguste Dietz dort gewesen, während die übrigen Pflegerinnen dort gewechselt haben. Ein Fräulein Kaufmann und später auch eine Frau Dumas hatten Privatpflegerinnen. Ich meine, dass die Pflegerin Liesbeth bei Fräulein Kaufmann war. Die Pflegerinnen hatten für das Essen und für das Ordnen der Betten, für das Verabreichen der Medizin zu sorgen. Ich erhielt elektrische Bäder in einer Baracke. Dazu begleitete mich eine Pflegerin, während eine andere Pflegerin, die in der Baracke war, das Bad in Ordnung machte. Andere Frauen, die Zimmer oder Betten in Ordnung machten, habe ich nicht gesehen. Ich habe ebenso wie die Damen, mit denen ich zusammen lag, mein Bett selbst gemacht und auch die Waschgeschirre gereinigt, weil letzteres sonst nicht ordentlich gemacht wurde. Als ich nachher nicht mehr im Bett lag, habe ich wohl mal in der Küche mehrere Pflegerinnen gesehen, es können dies aber höchstens 5 gewesen sein mit den Privatpflegerinnen. Ich erinnere mich, dass eine Pflegerin Lotte und auch eine Pflegerin Martha zu Zeiten da war, die Krankenschwester oder Nachtwache Ehneroth dagegen, ass, soviel ich erinnere, nur in dem oberen Stock der Damen-Villa. Sonst meine ich nicht, dass sie irgend welche Tätigkeit dort ausübte.

Wie bereits hervorgehoben, kann ich genauere Angaben über die Zahl der Pflegerinnen, die zu gleicher Zeit im oberen Stock beschäftigt waren, nicht machen. Nach meiner Erinnerung war die Auguste Dietz immer da, ferner die Liesbeth, die aber ausschliesslich für Fräulein Kaufmann zu sorgen hatte, eine Pflegerin für die Frau Dumas, dann vermute ich, dass noch eine in der Spüle tätig war, die sich aber wohl nicht um die Kranken kümmerte.

Nach meiner Erinnerung war die Martha bis reichlich nach Weihnachten als Privatpflegerin bei Frau Dr. Dumas. Nachher kam eine Lotte.

Was den Nachtdienst anbetrifft, so schlief die Oberin stets im ersten Stock der Damen-Villa, während einer Krankheit der Frau Dumas hat auch

eine Pflegerin (Lotte) in einem Bett auf dem Korridor geschlafen. Ferner hat die Privatpflegerin von Fräulein Kaufmann, jedenfalls zeitweise, bei derselben geschlafen.

Wie stark die Belegung zur Zeit meiner Ankunft war, kann ich nicht sagen, zumal ich ja beständig im Bett lag. Ich meine aber aus Gesprächen gehört zu haben, dass die Station ganz besetzt war.

Die am 28. 12. 1911 in Stockholm vernommene Oberin Gerda Ehneroth gibt an:

Im November 1905 ist die Zeugin mit einer anderen Krankenpflegerin namens Magdalene Erhardt als Vorsteherin bei den in der Villa II bei der Kgl. Psychiatrischen und Nervenkl. in Kiel eingerichteten Abteilungen für weibliche Patienten angestellt gewesen und hat in solcher Eigenschaft abwechselnd mit Magdalene Erhardt die Aufsicht über die in die genannte Abteilung aufgenommenen Patienten ausgeübt. Nach dem, was Zeugin sich erinnert, hatte eines Morgens im genannten Monat — den Tag konnte Zeugin jetzt nicht näher angeben — Frau A. S., die damals in die Klinik aufgenommen war, den Versuch gemacht, sich das Leben zu nehmen dadurch, dass sie sich aus einem Klosettfenster stürzte. Abgesehen von einigen Privatpflegerinnen, deren Zahl Zeugin jetzt nicht angeben konnte, hatten, soweit Zeugin erinnert, zur fraglichen Zeit in dem ersten Stockwerk der Villa nur 2 Pflegerinnen Dienst getan, von denen eine namens Auguste Dietz die Aufsicht über die ganze Station hatte. Den Namen der 2. Pflegerin hatte Zeugin nunmehr vergessen. Diese beiden Pflegerinnen, von denen, soweit Zeugin nun erinnert, keine bestellt war, um eine bestimmte Patientin zu warten, hatten zur Obliegenheit gehabt, die sämtlichen Räume in Ordnung zu halten, die Betten zu machen, die Patienten zu bedienen, mit dem Essen und ihnen die vorgeschriebenen Arzneien und Bäder zu geben, dagegen aber nicht den Patienten Speise zuzubereiten. Die Arbeiten, die solchergestalt den fraglichen beiden Pflegerinnen oblagen, hatten indessen Ansicht der Zeugin nicht den Umfang, dass diese gehindert würden, die Aufsicht über die betreffenden Patienten auszuüben, da ein Teil der Patienten, die sich gewalttätigen Gemüts zeigten, von Privatpflegerinnen gewartet wurden.

Ob zu der Zeit oder nächst vor dem Selbstmordversuch der Frau S. einige Pflegerinnen mit Namen L. Geier, L. Sieck, E. Wilhelmi, J. Swensen und M. Nowack in der Villa II Dienst taten, konnte Zeugin nunmehr nach Verlauf so langer Zeit sich nicht erinnern, noch weniger, wie dann das Verhältnis war, wonach die Arbeiten unter diese Pflegerinnen verteilt waren. Die Nacht nächst dem gedachten Selbstmordversuch hatte die Zeugin in der Villa zugebracht und in der fraglichen Nacht hatte Magdalene Erhardt ihre Schlafstelle in derselben Etage gehabt. Welche Pflegerinnen in der zuletzt gedachten Nacht im Dienst waren oder sonst — neben der Zeugin und Magdalene Erhardt — die Nacht in der Villa zubrachten, konnte Zeugin jetzt sich nicht erinnern. Ebenso wenig erinnert sich Zeugin, wieviele Patienten Mitte November in die Villa II aufgenommen waren. Ueber Weiteres, als Zeugin nun ausgesagt hatte, konnte sie in dieser Sache keine Auskunft geben.

Der als Zeuge am 24. 2. 1912 vernommene Geheimrat Siemerling berichtet: Der Zeuge überreichte den Plan des 1. Stocks der Frauenvilla, der sogenannten Villa II. Der Kläger erkannte diese Zeichnung als richtig an. Der Zeuge erklärte darauf: Am 15. und 16. 11. 1905 waren in der Villa II, d. h. im 1. Stock der Frauenvilla, 12 bis 13 kranke Damen mit Frau S. Frau S. schlief in der Nacht in dem ersten Zimmer links von der Veranda, in dem ausser ihr noch 2 Kranke schliefen. In dieser Villa hatten Tagesdienst die Pflegerinnen Auguste Dietz, Geyer, Sieck, Wilhelmi, Svensen und Nowack. Von diesen waren die 4 letzten besonders zur Beaufsichtigung je einer bestimmten Dame bestellt. Indessen bedurften diese Damen, mit Ausnahme der Frau E., die die Pflegerin Nowack zu beaufsichtigen hatte, einer dauernden Aufsicht aber nicht, so dass die Pflegerinnen Sieck, Wilhelmi und Svensen sich auch den anderen Kranken auf der Station widmen konnten. Ich überreiche eine Liste der damals in der Villa II befindlichen Kranken, ausser Frau S., in der sich auch kurze Notizen der Pflegerinnen über ihr Verhalten befinden, aus denen zu entnehmen ist, wie weit sie der Aufsicht und der Pflege bedurften. Diese Liste ist eine wörtliche Abschrift aus den Berichten der Aerzte und Pflegerinnen. Die Pflegerinnen hatten die Räume in Ordnung zu halten, die Betten zu machen, das Essen zu servieren und erforderlichenfalls aufzuwärmen, die Tische zu decken, den Kranken verordnete Medizin und Bäder zu verabfolgen, hin und wieder auch in der Spüle eine kleinere Speise, wie z. B. ein gekochtes Ei, herzustellen. Meines Erachtens lässt ihnen diese Tätigkeit genügend Zeit zur Beaufsichtigung der Kranken. Die Oberaufsicht über die Kranken hatten 2 Oberschwester, Fräulein Ehrhardt und Fräulein Ebneroth, d. h. über die sämtlichen kranken Frauen in der ganzen Anstalt. Diese besuchten die einzelnen Räume und Kranken je nach Bedarf und begleiteten mich sowie den Assistenzarzt bei den täglichen Besuchen in den verschiedenen Räumen. Die anderen 6 Pflegerinnen hielten sich dagegen ständig in der Villa II auf, sofern sie nicht eine Kranke auf dem Spaziergange begleiteten. Jede Pflegerin erhält ein- oder zweimal wöchentlich Urlaub für den Nachmittag, jedoch tritt für sie ein Ersatz ein, soweit dies notwendig ist. Am 15. 11. hatte keine Pflegerin von der Villa II Urlaub, am 16. 11. Fräulein Dietz, wie ich aus meinen Büchern entnehme.

Die Türen in der Villa sind nicht verschlossen und stehen häufig auf. In der Nacht schlief auf der Villa II die Oberin und ausserdem 3 Pflegerinnen; wo sie schliefen, richtete sich nach den Umständen. In der Regel schlief eine Pflegerin in dem mit 3 Kranken belegten Zimmer oder in dem grossen Schlafsaal hinten, die zweite in dem nach diesem Schlafsaal führenden Flur und die dritte bei einer Kranken. Die Oberin schlief in dem Zimmer neben dem genannten Flur. Das Verzeichnis über den Nachtdienst der genannten Pflegerinnen Bl. 73 d. A. ist völlig richtig. Es hatten danach also in der Nacht vom 15. zum 16. 11. die Pflegerinnen Sieck, Geyer und Wilhelmi geschlafen, ausser der Oberin. Ein eigentliches Wachen fand unter gewöhnlichen Umständen nicht statt, weil die Damen auf der dortigen Abteilung eine regelmässige Bewachung nicht nötig hatten.

Ich überreiche kurze Notizen über die einzelnen Pflegerinnen, die aus ihren Personalakten entnommen sind. Ich überreiche auch diese Personalakten. Die Pflegerinnen erhalten sofort nach ihrem Eintritt ein Exemplar der Berufsordnung zu ihrer Verfügung, aus der sich ihre Pflichten, insbesondere auch den Kranken gegenüber, ergibt. Nach 8—14tägiger Tätigkeit in der Anstalt nehmen sie an dem Unterricht teil, den ein Assistenzarzt wöchentlich 1—2mal über die Pflege und Bewachung der Nervenkranken erteilt, und in dem auch insbesondere die Berufsordnung erklärt wird. Sie müssen ihre Beobachtungen über die einzelnen Kranken täglich als Unterlage für den Arzt notieren.

Ich überreiche die über Frau S. aufgenommenen Pflegerberichte. Ueber diejenigen Kranken, die eine spezielle Pflegerin hatten, berichtete diese, über die anderen Kranken war eine bestimmte Pflegerin zur Abgabe des Berichts nicht vorhanden. In der Regel berichtete die Stationspflegerin.

Ich überreiche mit Zustimmung des Herrn S. neun Pflegerinnenberichte und einen vom Arzt angeordneten Stundenplan.

Auf Befragen des Klägers:

Das Oeffnen eines Fensters in einem Krankenzimmer, welches in gewöhnlicher Weise geschieht, wird im Nebenzimmer kaum gehört werden können, soweit ich annehme. Ob es im Tagesraum gehört wird, mit dem die Zimmer durch eine Tür verbunden sind, weiss ich nicht.

In welchem Raum in der Villa II die Pflegerinnen sich am Tage aufhielten, richtete sich nach den Umständen. Eine Vorschrift, dass regelmässig sich eine Pflegerin im Tagesraum aufhalten muss und dass die Tür zur Spüle offenbleiben muss, besteht nicht.

Als Pflegerinnen werden nur Mädchen mit guten Zeugnissen angenommen. Und es gibt keine bestimmte Reihenfolge der Räume, in denen sie nacheinander beschäftigt werden. In der Regel kommen sie zunächst in den Wachraum, in dem sich die neu aufgenommenen Kranken befinden, indessen kann es auch vorkommen, dass sie gleich in der Villa II beschäftigt werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Oberinnen besonders diese neuen Pflegerinnen beachten und mir dann nach einiger Zeit über ihre Tätigkeit berichten. Die Schwester Eheneroth hatte neben anderen Tätigkeiten auch zu massieren, ich weiss jedoch nicht, wie weit sie mit dieser Tätigkeit gerade Mitte November in Anspruch genommen war.

Die Zeugin Oberin Ehrhardt gibt an: Wieviel Kranke am 15. und 16. 11. 1905 in der Villa II lagen, weiss ich nicht. Ich weiss auch nicht mehr, welche Pflegerinnen damals dort beschäftigt waren. Fräulein Dietz und Fräulein Wilhelmi haben mir jedoch auf Befragen erklärt, dass damals ausnahmsweise viele Pflegerinnen in der Villa II tätig waren. Einzelne von ihnen hatten einzelne Kranke besonders zu pflegen. Ich weiss jedoch nicht mehr, inwieweit diese besondere Pflege ihre Tätigkeit in Anspruch nahm. Gewöhnlich haben solche Pflegerinnen noch Zeit genug, auch bei der Beobachtung und Pflege der anderen Kranken zu helfen und sind auch dazu verpflichtet.

Die Pflegerinnen haben die Räume in Ordnung zu halten, Betten zu machen, das Essen den Kranken zu bringen, nachdem es aus der allgemeinen Küche in die Spüle gebracht war, den Tisch zu decken und den Kranken Medizin und Bäder zu verabfolgen. Diese Arbeiten liessen den Pflegerinnen meines Erachtens aber genügend Zeit, um die Kranken sonst zu beobachten. Sie halten sich den Tag über ständig in der Villa auf und es kommt nur selten vor, dass sie eine Kranke auf dem Spazierwege begleiten. Jede Pflegerin erhält durchschnittlich wöchentlich einen Nachmittagsurlaub. Indessen wird an ihre Stelle eine andere Pflegerin in die Villa hineingelegt, wenn es erforderlich ist. Ein bestimmter Raum, in dem sie sich tagsüber aufhalten müssen, ist ihnen nicht angewiesen, sie halten sich eben da auf, wo sie nötig sind, vielfach auch in dem Tageraum. Ob die Türen zu den einzelnen Zimmern offenstehen, das hängt von den einzelnen Kranken ab. Es kommt aber auch vor, dass der Arzt das Offenstehen der Türen anordnet, um eine bessere Beobachtung der Kranken herbeizuführen. In der Nacht findet ein eigentlicher Wachdienst in der Villa II nicht statt. Ich schlafe jedoch regelmässig dort, und zwar in dem neben der Treppe belegenen Zimmer. Gewöhnlich schläft mindestens noch eine andere Pflegerin in der Villa und es hängt von den Umständen ab, wo sie ihr Bett aufstellt. Die übrigen schlafen anderswo. In der Nacht vom 15. zum 16. 11. 1905 schliefen nach den Büchern ausser mir die Pflegerinnen Sieck, Geyer und Wilhelmi noch in der Villa. Wo, weiss ich aus eigener Wissenschaft nicht mehr. Fräulein Dietz und Fräulein Wilhelmi sagten mir jedoch, die eine hätte auf dem Flur neben meinem Schlafzimmer, die zweite in dem Zimmer für 3 Kranke oder in dem hinteren Schlafsaal und die dritte bei einer Kranken geschlafen. Aus welcher Veranlassung damals die 3 Pflegerinnen in der Villa schliefen, insbesondere ob dies auf ärztliche Anordnung geschehen ist, weiss ich nicht. Die Pflegerin, die bei der Kranken schlief, wird es jedenfalls auf ärztliche Anordnung getan haben.

Es werden nur solche Mädchen als Pflegerinnen angenommen, die gute Zeugnisse aufweisen können, und sie erhalten sofort ein Exemplar der Berufsordnung, aus der sie sich über ihre Pflichten unterrichten müssen. Kurze Zeit nach Beginn ihrer Tätigkeit nehmen sie auch an dem Unterricht teil, der wöchentlich 1- oder 2mal von einem Assistenzarzt in der Krankenpflege und Ueberwachung der Kranken erteilt wird. Die Pflegerinnen haben auch täglich morgens und abends über ihre Beobachtungen bei den Kranken zu berichten, und zwar tut dies bei denjenigen Kranken, denen eine bestimmte Pflegerin zugewiesen ist, diese, bei den anderen die sogenannte Stationspflegerin. Die Pflegerinnen werden zuerst in dem sogenannten Wachsaal beschäftigt und kommen erst später in die Villa II. Ich kann mich nicht erinnern, dass eine Pflegerin gleich nach ihrem Eintritt in die Villa II gekommen ist, ich glaube es auch nicht.

Wann die einzelnen im Beweisbeschluss benannten Pflegerinnen in den Dienst der Klinik eingetreten sind, weiss ich nicht mehr, es muss sich dies aus den Personalakten ergeben. Die Ehneroth, Dietz und Wilhelmi waren bereits in der Krankenpflege ausgebildet, als sie zu uns kamen, ob auch die übrigen,

weiss ich nicht mehr. Soweit ich mich erinnere, habe ich irgendwelche Unzuverlässigkeiten bei ihnen nicht bemerkt. Der Svensen kann ich mich allerdings nur sehr wenig erinnern, weil sie nur kurz bei uns war.

Die Villa II ist eingerichtet für höchstens 12, 13 Kranke. Regelmässig sind dort 2 Pflegerinnen ständig beschäftigt, andere Pflegerinnen nur, wenn einer Kranken eine besondere Pflegerin zugewiesen wird. Sollten die beiden ständigen Pflegerinnen mit der Arbeit nicht fertig werden, dann schicke ich ihnen noch eine oder zwei Pflegerinnen zur Hilfe. Seit wann die 6 Pflegerinnen in der Villa tätig waren und wie lange dort ihre Tätigkeit in Aussicht genommen war, weiss ich nicht.

Das Königliche Medizinalkollegium zu Münster erstattete unter dem 2. 4. 1912 folgendes

#### Gutachten.

Dem Königlichen Oberlandesgerichte übersenden wir in Erledigung des gefälligen urschriftlichen Schreibens vom 15. 3. d. J. das durch Beweisbeschluss vom 27. 6. 1911 (Bd. II Bl. 4 Nr. II) das von uns erforderte Gutachten

„ob nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme mit Rücksicht auf die Zuverlässigkeit, gute Schulung und Zahl des Pflegepersonals die Ueberführung von Frau S. in die offene Station der Kieler Nervenlinik am 15. 11. 1905 vom ärztlichen Standpunkte aus keinem Bedenken unterlag“

im nachfolgenden unter Rückgabe von Bd.-Akten und Anlagen ergebenst.

#### Geschichtserzählung.

Am 12. 11. 1905 musste die Frau S. aus I., die wegen akuter nach der Entbindung aufgetretener geistiger Erkrankung (Melancholie) vom 8. bis 16. 11. 1903 in der Königlichen psychiatrischen und Nervenlinik in Kiel sich befunden hatte, wiederum wegen einer melancholischen Verstimmung, die sich an das zweite Wochenbett angeschlossen hatte, der psychiatrischen Klinik zugeführt werden. Während der Fahrt hatte sie Versuche gemacht, sich aus dem Zuge zu stürzen, und wurde sie dann, in Kiel abends angelangt, zunächst auf den allgemeinen Wachsaal (Beobachtungsstation) der psychiatrischen Klinik untergebracht. Von diesem Wachsaal wurde sie am 15. 11. nachmittags ihrem eigenen Wunsche entsprechend, zumal sie nach der Angabe des Prof. Dr. Siemerling „insbesondere am Morgen dieses Tages durchaus ruhig gewesen war“ (in der Krankengeschichte ist angegeben: „erscheint heute etwas freier“), in die Villa II verlegt. In dieser Villa, die im I. Stock für ruhige Kranke I. und II. Klasse bestimmt ist, sind besondere Schutzvorrichtungen für die Kranken nicht getroffen. Am 16. 11. 1905 morgens gegen  $\frac{3}{4}$  9 Uhr begab sie sich, als die Pflegerin nach Angabe des Pro-

fessor Dr. Siemerling gerade mit einer anderen Patientin beschäftigt war, auf das Klosett, stürzte sich aus dem Fenster daselbst und zog sich durch den Sturz einen Bruch eines Lendenwirbels zu, ihre Tat später damit begründend, „sie sei schlecht und habe Schuld“, „sie sei nicht wert zu leben, sei ihrem Mann und Kinde zu wenig gewesen“. In Ergänzung der in unserem Obergutachten vom 13. 1. 1911 enthaltenen Angaben heben wir aus den nunmehr uns vorgelegten Aufzeichnungen, wie sie die Pflegerinnen der Beobachtungsstation über die daselbst untergebrachten Kranken zu machen haben, folgende über das Verhalten der Frau S. gemachten Angaben hervor:

13. 11. 1905: Patientin liegt ruhig zu Bett, spricht wenig, ist sehr verstimmt, weinte morgens viel, wenig gegessen. Gut geschlafen.

14. 11.: Patientin liegt ruhig zu Bett, fragt oft, ob sie nicht bald wieder nach Hause kommt, spricht sonst sehr wenig. Gut geschlafen.

15. 11.: Patientin liegt ruhig zu Bett, spricht sehr wenig, ist abends nach Villa II verlegt. Gut geschlafen.

16. 11.: Patientin versuchte morgens zu entfliehen, ging in das Klosett und sprang aus dem Fenster, wurde nach der Baracke verlegt.

Nach den von dem Geheimrat Dr. Siemerling bei seiner am 24. 2. d. J. gerichtlichen Vernehmung gemachten Angaben waren am 15. und 16. 11. 1905 in der Villa II, d. h. im ersten Stock der Frauenvilla 12—13 kranke Damen mit Frau S., die in der Nacht mit noch zwei Kranken zusammen in dem ersten Zimmer links von der Veranda schlief. „In dieser Villa hatten Tagesdienst die Pflegerinnen Dietz, Sieck, Wilhelmi, Swensen und Nowack, von denen die vier letzteren besonders zur Beaufsichtigung je einer bestimmten Dame bestellt waren. Indessen bedurften diese Damen mit Ausnahme der Frau E., die die Pflegerin Nowack zu beaufsichtigen hatte, einer dauernden Pflege oder Aufsicht nicht, so dass die Pflegerinnen Sieck, Wilhelmi und Swensen sich auch den anderen Kranken auf der Station widmen konnten. Ich übergebe eine Liste der damals in der Villa II befindlichen Kranken ausser Frau S. . . .; diese Liste ist eine wörtliche Abschrift aus den Berichten der Aerzte und Pflegerinnen. Diese Pflegerinnen hatten die Räume in Ordnung zu halten, die Betten zu machen, das Essen zu servieren und erforderlichenfalls aufzuwärmen, die Tische zu decken, den Kranken verordnete Medizin und Bäder zu verabfolgen, hin und wieder auch in der Spüle eine kleine Speise, wie z. B. ein gekochtes Ei herzustellen. Meines Erachtens lässt ihnen diese Tätigkeit genügend Zeit zur Beaufsichtigung der Kranken. Die Oberaufsicht über die Kranken hatten zwei Oberschwester, Frl. Ehrhardt und Frl. Ehneroth, d. h. über die sämtlichen kranken Frauen in der ganzen Anstalt . . .

Die Türen in der Villa II sind nicht verschlossen und stehen häufig auf. In der Nacht schlief auf der Villa II die Oberin und ausserdem drei Pflegerinnen; wo sie schliefen, richtete sich nach den Umständen. In der Regel schlief eine Pflegerin in dem mit drei Kranken belegten Zimmer oder in dem grossen Schlaflsaal hinten. Die zweite in dem nach diesem Schlaflsaal führenden Flur und die dritte bei einer Kranken. Die Oberin schlief in dem Zimmer neben dem genannten Flur. Es hatten in der Nacht vom 15. zum 16. 11. die Pflegerinnen Sieck, Geier und Wilhelmi geschlafen ausser der Oberin. Ein eigentliches Wachen fand unter gewöhnlichen Umständen nicht statt, weil die Damen auf der dortigen Abteilung eine regelmässige Bewachung nicht nötig hatten.

Die Pflegerinnen erhalten sofort nach ihrem Eintritt ein Exemplar der Berufsordnung zu ihrer Verfügung, aus der sich ihre Pflichten insbesondere auch den Kranken gegenüber ergeben. Nach etwa 8—14 tägiger Tätigkeit in der Anstalt nehmen sie an dem Unterrichte teil, den ein Assistenzarzt wöchentlich 1—2 mal über die Pflege und Bewachung der Nervenkranken erteilt und in denen besonders auch die Berufsordnung erklärt wird. Sie müssen ihre Beobachtungen über die einzelnen Kranken täglich als Unterlage für den Arzt notieren . . . In welchem Raume in der Villa II die Pflegerinnen sich am Tage aufhielten, richtete sich nach den Umständen. Eine Vorschrift, dass regelmässig sich eine Pflegerin im Tagesraum aufhalten, und dass die Tür zur Spüle offenbleiben muss, besteht nicht.“

Die Oberin in der Nervenlinik Magdalene Ehrhardt sagt bei ihrer Vernehmung, gehört zu haben, dass am 15. und 16. 11. 1905 ausnahmsweise viele Pflegerinnen in der Villa II tätig waren, von denen jedoch einzelne bestimmte Kranke besonders zu pflegen hatten. Inwieweit diese besondere Pflege ihre Tätigkeit in Anspruch nahm, wisse sie nicht mehr, aber gewöhnlich hätten diese Pflegerinnen noch Zeit genug gehabt, auch bei der Beobachtung und Pflege der anderen Kranken zu helfen und seien dazu auch verpflichtet. Sie halten sich den Tag über ständig in der Villa auf, im Falle eines Urlaubs wird eine andere Pflegerin an die Stelle der Beurlaubten in die Villa hineingelegt, wenn es erforderlich ist. Ein bestimmter Raum, in dem sie sich Tags über aufhalten müssen, ist ihnen nicht angewiesen, sie halten sich eben da auf, wo sie nötig sind, vielfach auch in dem Tagesraum. Ob die Türen zu den einzelnen Zimmern offen stehen, das hängt von den einzelnen Kranken ab. Es kommt aber auch vor, dass der Arzt das Offenstehen der Türen anordnet, um eine bessere Beobachtung der Kranken herbeizuführen. In der Nacht findet ein eigentlicher Wachdienst in der Villa II nicht statt. Ich schlafe jedoch regelmässig dort. Gewöhnlich schläft mindestens



noch eine andere Pflegerin in der Villa und es hängt von den Umständen ab, wo sie ihr Bett aufstellt. Die übrigen schlafen anderswo. In der Nacht vom 15. zum 16. 11. schliefen nach den Büchern ausser mir die Pflegerinnen Sieck, Geier und Wilhelmi noch in der Villa. Nach Angabe der Pflegerinnen Dietz und Wilhelmi hat die eine auf dem Flur neben dem Schlafzimmer der Ehrhardt, die zweite in dem Zimmer für drei Kranke oder in dem hinteren Schlaftsaal und die dritte bei einer Kranken geschlafen. Aus welcher Veranlassung damals die drei Pflegerinnen in der Villa schliefen, insbesondere ob dies auf ärztliche Anordnung geschehen ist, weiss die Zeugin nicht, doch werde die Pflegerin, die bei der Kranken schlief, es jedenfalls auf ärztliche Anordnung getan haben. — Hinsichtlich der Beschäftigung und Ausbildung der Pflegerinnen äussert sich die Zeugin gerade so wie Geheimrat Siemerling. — „Die Villa II ist eingerichtet für höchstens 12, 13 Kranke. Regelmässig sind dort zwei Pflegerinnen ständig beschäftigt, andere Pflegerinnen nur, wenn einer Kranken eine besondere Pflegerin zugewiesen wird. Sollten die beiden ständigen Pflegerinnen mit der Arbeit nicht fertig werden, dann schicke ich jenen noch eine oder zwei Pflegerinnen zur Hilfe. Seit wann die sechs Pflegerinnen in der Villa II tätig waren . . ., weiss ich nicht.“

Die Oberin Gerda Ehneroth, von Beruf Krankenpflegerin, trat im Juni 1905 als Pflegerin in der psychiatrischen und Nervenlinik ein und ist seit November 1905 Vorsteherin in den bei der psychiatrischen und Nervenlinik eingerichteten Abteilungen für weibliche Patienten angestellt gewesen in dieser ihrer Tätigkeit abwechselnd mit Frä. Ehrhardt. Bei ihrer am 28. 12. vor dem Staatsgerichte Stockholm erfolgten gerichtlichen Vernehmung gibt sie an, sich zu erinnern, dass die Frau S. eines Morgens im Monat November 1905 den Versuch gemacht habe, sich das Leben zu nehmen. Das Protokoll sagt ferner weiter: „Abgesehen von einigen Privatpflegerinnen, deren Zahl sie nicht angeben konnte, hatten, soweit Zeugin sich erinnert, zur fraglichen Zeit in dem ersten Stockwerk der Villa nur zwei Pflegerinnen Dienst getan, von denen die eine, Auguste Dietz, die Aufsicht über die ganze Station hatte, den Namen der zweiten Pflegerin hatte Zeugin nunmehr vergessen. Diese beiden Pflegerinnen, von denen, soweit Zeugin sich nunmehr erinnert, keine bestellt war, um eine bestimmte Patientin zu warten, hatten zur Obliegenheit gehabt, die sämtlichen Räume in Ordnung zu halten, die Betten zu machen, die Patienten zu bedienen mit dem Essen und ihnen die vorgeschriebenen Arzneien und Bäder zu geben, dagegen aber nicht, den Patienten Speise zuzubereiten. Die Arbeiten, die solcher-gestalt den fraglichen beiden Pflegerinnen oblagen, hatten indessen nach

Ansicht der Zeugen nicht den Umfang, dass diese gehindert wurden, die Aufsicht über die betreffenden Patienten auszuüben, da ein Teil der Patienten, die sich gewalttätigen Gemüts zeigten, von Privatpflegerinnen gewartet wurden . . .“

#### Gutachten.

In den uns vorgelegten Akten und Beiheften ist keine Angabe vorhanden, die die Annahme rechtfertigen könnte, dass die allgemeine Schulung des Pflegepersonals in der psychiatrischen und Nervenlinik zu Kiel nicht in ausreichender Weise erfolgte, da seine Ausbildung nicht nur praktisch auf den Krankenabteilungen sondern auch alsbald nach dem Eintritt theoretisch durch einen besonderen von einem Arzte der Klinik geleiteten Unterricht stattfindet. Von den 6 Pflegerinnen, die die am 15. und 16. 11. 1905 tagsüber in der Villa II anwesend waren, waren 4 schon vor ihrem Eintritt in den Dienst der Klinik in anderen Krankenhäusern, von diesen wieder 3 auch in der Irrenpflege tätig gewesen und es liegt kein Grund vor, ihre Zuverlässigkeit zu bezweifeln. Zwei Pflegerinnen, Louise Sieck und Maria Geier, deren Eintritt in den Dienst der Klinik am 15. 6. bzw. 17. 10. 1905 erfolgt war, waren als solche auf Grund ihrer guten Zeugnisse, die sie in ihren früheren Dienststellungen erworben hatten, angenommen, hatten sich aber vor ihrem Eintritt in der Kranken- oder Irrenpflege noch nicht beschäftigt, was wir nach Lage der Sache insbesondere von der Maria Geier hervorheben müssen, da diese am 16. 11. erst 4 Wochen in einer ihr somit noch neuen unbekannten Tätigkeit sich befand und erst in der Ausbildung zur Pflegerin begriffen war. Ihre dadurch bedingte Unkenntnis mit den Schwierigkeiten ihrer verantwortlichen Stellung würde in Berücksichtigung der grossen Anzahl von Pflegerinnen, die tagsüber in der Villa II vorhanden waren, ärztlicherseits wohl als belanglos angesehen werden können, wenn die vorhandenen 6 Pflegerinnen ein gleiches gemeinsames Ziel in der Beaufsichtigung der 12 oder 13 kranken Damen gehabt hätten und dadurch eine gleichmässige Verteilung auf diese möglich gewesen wäre, da die Hilfspflegerin Geier dann den anderen 5 Pflegerinnen als Hilfe oder Stütze in der Verrichtung einfacher Abteilungsarbeiten gedient haben würde. Tatsächlich waren jedoch 4 Pflegerinnen (Wilhelmi, Sieck, Nowack und Swensen) als Privatpflegerinnen für je vier Kranke in Anspruch genommen und müsste auf ihre Dienste, wenn ihre Aufmerksamkeit von der Erfüllung der ihnen übertragenen Pflicht, von der sorgsamten Beobachtung und Beaufsichtigung der ihnen aus irgend einem Grund besonders zugewiesenen Kranken nicht abgelenkt werden sollte, für die gleichzeitige Erledigung einer anderen verantwor-

tungsvollen Tätigkeit verzichtet werden. Wir sagen „aus irgend einem Grunde“: entweder waren sie als Privatpflegerinnen aus ärztlichen Gründen je einer Kranken zugewiesen wegen deren schweren Erkrankung, dann durften sie auch im Interesse dieser Kranken ihren Beobachtungsplatz ohne Ablösung oder Stellvertretung nicht verlassen, oder sie waren als Privatpflegerin einer Kranken zugewiesen auf Wunsch von deren Angehörigen gegen besondere Entschädigung. In diesem Falle konnte und durfte die Anspruchnahme für eine anderweite, auf andere Kranke sich erstreckende Dienstleistung nur unter erfolgter Zustimmung der Angehörigen der betr. Kranken stattfinden, da diese wegen der von ihnen übernommene Zahlungsleistungen auch die volle Diensttätigkeit der Privatpflegerin für die betreffende Kranke wünschen und beanspruchen. Jedenfalls entzog es sich einer vorhergehenden näheren Bestimmung, wann und wie lange eine der Privatpflegerinnen die besondere Beaufsichtigung der einzelnen ihr zugewiesenen Kranken unterlassen und ihre Aufmerksamkeit auch der Beobachtung anderer Kranken zuwenden könne.

In der Villa II waren nach Angabe der beiden Oberinnen Ehrhardt und Ehneroth für 12 oder 15 Kranke regelmässig 2 Pflegerinnen beschäftigt, andere Pflegerinnen nur, wenn einer Kranken eine besondere Pflegerin zugewiesen wird. Die Oberin Ehrhardt gibt auch an, dass sie beiden ständigen Pflegerinnen, wenn sie mit der Arbeit nicht fertig werden konnten, noch eine oder zwei Pflegerinnen zur Hilfe schickte. Auch wir bezweifeln nicht, dass zwei ausgebildete Pflegerinnen für 4 einzelne Kranke im Stande sind, bei richtiger gleichmässiger Verteilung die Arbeiten in Villa II inkl. Beaufsichtigung von 9 Kranken erledigen zu können, in der Voraussetzung, dass unter diesen 9 Kranken nicht eine Kranke sich befindet, deren Krankheitszustand noch zu Befürchtungen Anlass geben kann und somit noch einer bestimmten und geregelten Beaufsichtigung bedarf, und hier erhebt sich die Frage, ob durch die am 15. 11. 1905 erfolgte Verlegung der Frau S. von der Beobachtungsstation in die Villa II den beiden Pflegerinnen neue und besondere Pflichten erwachsen.

Die Frau S. bedurfte nach ihrem Krankheitszustande, wie solcher aus den ärztlichen sowie auch aus den Aufzeichnungen der betreffenden Pflegerin in der Beobachtungsstation sich ergibt, bei ihrer Verlegung in die Villa II noch der besonderen Berücksichtigung und Beaufsichtigung; ihr Verhalten am 12. 11. nachmittags, einige Stunden vor der Aufnahme in die psychiatrische Klinik, die erst dreitägige ärztliche Beobachtung, die am 14. 11. wiederholt geäusserte Frage, ob sie nicht bald wieder nach Hause komme, die am 15. 11. noch sichtlich vorhandene depressive Stimmung, der noch bestehende Mangel an natür-

lichem Schlaf liessen Befürchtungen für die Zukunft nicht ausschliessen, wenn auch die Annahme eines bereits begonnenen Rekonvaleszenzstadiums bei ihr nicht unbegründet war. Vom ärztlichen Standpunkt musste es daher als mehr wie zweckmässig angesehen werden, das Pflegepersonal bezw. eine bestimmte Pflegerin in der Villa II auf die in ihrem Verhalten noch unsichere, in ihrer Stimmung wechselnde, psychisch noch nicht freie, bei dem etwaigen Eintritt von Angstzuständen zu Befürchtungen Anlass gebende Frau S. besonders aufmerksam zu machen und mit deren ausreichenden Beobachtung zu betrauen. Ob und inwieweit der geistige und körperliche Zustand der mit ihr in einem gemeinsamen Zimmer gebetteten beiden Kranken eine begründete Hoffnung auf eine Mitbeaufsichtigung der Frau S. aufkommen liess, entzieht sich der diesseitigen Beurteilung. Bei derartig Erkrankten wie Frau S. muss das Pflegepersonal, das bei der Verlegung einer Kranken von einer Abteilung auf eine andere sich ändert, auf die Bedenken und Befürchtungen hingewiesen werden, zu denen der Krankheitszustand und das Zustandsbild der Kranken noch Anlass geben, und wollen wir hervorheben, dass die P. Geier in Berücksichtigung ihrer erst kurzen und geringen Erfahrung in der Krankenpflege zu einer sorgsam, ausreichenden und verantwortlichen Beobachtung der Frau S. noch nicht als geeignet angesehen werden konnte, während die Pflegerin Dietz nach ihrer bereits längeren Erfahrung in der Irrenpflege ein volles Vertrauen verdiente. Wir dürfen dabei aber auch nicht unerwähnt lassen, dass die Frau S. die bedauernde Tat gerade während einer Zeit — morgens  $\frac{3}{4}$  9 Uhr — vorgenommen hat, wo das Pflegepersonal durch die Erledigung der Morgenarbeiten mit Arbeiten überhäuft und dessen Aufmerksamkeit durch die Fertigstellung der letzteren besonders in Anspruch genommen war.

Nach den vorstehenden Ausführungen geben wir unser Gutachten dahin ab, dass bei Berücksichtigung des in Villa II am 15. 11. 1905 anwesenden Pflegepersonals die Ueberführung der Frau S. in die offene Station der Kieler Nervenlinik vom ärztlichen Standpunkt aus zu Bedenken Anlass bot, wenn nicht dem Pflegepersonal genauere Anweisung zu deren besonderen Beaufsichtigung und Beobachtung gegeben sein sollte.

gez.                      Unterschrift.

Unter dem 11. 6. 1912 wurde ein Gutachten von der wissenschaftlichen Deputation eingefordert.

In einer schriftlichen Erwiderung vom 6. 5. 1912, gerichtet an den Universitätskurator führt Siemerling Folgendes aus:

Das Gutachten des Medizinalkollegiums geht von nicht zutreffenden Voraussetzungen aus. Wenn die Ueberführung der Frau S. in die offene Station der Villa vom ärztlichen Standpunkt aus zu Bedenken Anlass geboten hätte, wäre Frau S. überhaupt nicht von mir verlegt worden. Ich glaube mich genau zu entsinnen, dass ich die Verlegung erst nach reiflicher Ueberlegung unter Würdigung aller in Betracht kommenden Momente des Krankheitszustandes, der mir von der ersten Aufnahme her besonders gut bekannt war, angeordnet habe. Der weitere Verlauf hat gezeigt, dass ein Irrtum meinerseits vorgelegen hat. Die offene Abteilung hier in der Klinik ist naturgemäss gar nicht dazu da, um derartige Unglücksfälle zu verhüten.

Hätte bei mir die Befürchtung bestanden, dass die Frau S. für die Verlegung noch nicht ganz geeignet wäre, wäre die Ueberführung unterblieben.

Die Einrichtungen in der Villa und das Personal dort konnte ich als ausreichend erachten, um die Verlegung im therapeutischen Interesse vorzunehmen.

Es ist nicht richtig, wie im Gutachten ausgeführt ist, dass die 4 Pflegerinnen (Wilhelmi, Sieck, Nowack und Swensen) als Privatpflegerinnen für je 4 Kranke in Anspruch genommen waren und auf ihre Dienste für die gleichzeitige Erledigung einer anderen verantwortungsvollen Tätigkeit verzichtet werden musste. In der Vernehmung habe ich ausgeführt, dass die 4 Damen, mit Ausnahme der Frau E., die die Pflegerin Nowack zu beaufsichtigen hatte, einer dauernden Aufsicht oder Pflege nicht bedurften, so dass die Pflegerinnen Sieck, Wilhelmi und Swensen sich auch den anderen Kranken auf der Station widmen konnten. Die Pflegerin Wilhelmi z. B. weiss anzugeben, dass sie dieses auch wirklich getan hat.

Es geht aus den beigelegten Abschriften der Berichte über die einzelnen Kranken hervor, dass 3 der Damen keineswegs ständig ihre Pflegerin brauchten. Es war auch ausdrücklich angeordnet, dass diese Pflegerinnen sich an dem übrigen Dienst beteiligten.

Die Ansichten, wie sie das Medizinalkollegium bezüglich der Privatpflege vertritt, treffen auf die hier in der Klinik bestehenden Einrichtungen nicht zu. Wird auf Wunsch der Angehörigen bei schwerer Erkrankung einer Klassenpatientin eine dauernde Aufsicht für diese Kranke allein eingerichtet, dann wird nicht eine Pflegerin dazu bestimmt, sondern es werden 2 genommen, da ich es für ausgeschlossen erachte, dass eine Pflegerin allein längere Zeit, nicht einmal für die Dauer eines Tages, eine solche Beaufsichtigung leisten kann.

Wollen oder können die Angehörigen diese Kosten nicht tragen, dann lehne ich die Bewachung durch nur eine Pflegerin im Zimmer

allein ab. Die drei Damen L., K., P. hatten ihre besondere Pflegerin in erster Linie aus gesellschaftlichen Gründen. Es wird in solchen Fällen den Angehörigen auch bekannt gegeben, dass die Pflegerin nicht ganz ausschliesslich zur alleinigen Verfügung der Kranken steht, sondern zu den übrigen Dienstleistungen mit heran gezogen wird. Das Befinden der Damen L., K. und P. war in den Tagen des 15. und 16. Novembers 1905 ein solches, dass die Pflegerinnen, die ihnen zugeteilt waren, Zeit genug hatten, den übrigen Dienst mit zu versehen. Ich verweise auf die eingereichte Liste.

Das Medizinalkollegium geht also bei seinen Schlussfolgerungen von nicht zutreffenden Voraussetzungen aus, nicht 2 Pflegerinnen waren zur Verfügung, sondern 5.

Es ist keineswegs richtig, wie das Medizinalkollegium annimmt, dass es sich einer vorhergehenden näheren Bestimmung entzog, wann und wie lange eine der Privatpflegerinnen die besondere Beaufsichtigung der einzelnen ihr zugewiesenen Kranken unterlassen und ihre Aufmerksamkeit auch der Beobachtung anderer Kranker zuwenden konnte. Es war den Pflegerinnen sehr wohl bekannt und sie waren auch in diesem Sinne belehrt, dass sie an anderen dienstlichen Verrichtungen sich beteiligen mussten. Es ist ausdrücklich hervorzuheben, dass bei dreien der Damen nicht so sehr die besondere Beaufsichtigung, sondern überwiegend gesellschaftliche Gründe in Frage kamen, welche zur Stellung einer Privatpflegerin geführt hatten.

Das unter dem 17. Juli 1912 erstattete Gutachten lautet:

Euer Exzellenz

erstatten wir hierunter in Sachen Staatsfiskus gegen S. unter Rückgabe der Akten (2. B. 18 Hefte und 16 Schriftstücke) ehrerbietigst das erforderte Gutachten über die an uns gerichtete Frage, ob die Ueberführung der Ehefrau des Klägers aus der Ueberwachungsstation in die offene Station der Kieler Nervenlinik vom 15. November 1905 vom ärztlichen Standpunkt aus keinem Bedenken unterlag, unter Berücksichtigung der Umstände, die sich aus der Beweisaufnahme und den Anlagen hinsichtlich der Sicherung und Ueberwachung der Kranken in den offenen Stationen und der Zuverlässigkeit, Schulung und Zahl der Pflegepersonen ergeben.

Der Sachverhalt ist folgender: Die in Frage kommende Patientin, Frau S., ist zweimal in der Kieler Nervenlinik in Behandlung gewesen. Das erste Mal vom 8. November 1903 bis 16. Dezember 1903, wo sie geheilt entlassen worden ist. Es hatte sich um eine mit Sinnes-täuschungen einbergehende ängstliche dämmerzustandartige Erregung

gehandelt, die bald abklang, so dass die Kranke 12 oder 13 Tage nach ihrer Aufnahme in die offene Abteilung verlegt werden konnte.

Selbstmordideen soll sie während dieser Erkrankung nicht geäußert haben (Bericht des Direktors der Klinik). Der Kieler Krankengeschichte ist folgendes aus der Zwischenanamnese zu entnehmen: Nach der Entlassung zeigte die Patientin ab und zu traurige Stimmungen, späterhin war sie immer guter Stimmung. In der Folgezeit hatte sie im Jahre 1904 zweimal kurz dauernde Anfälle. Der erste wird folgendermassen geschildert: Lag 2 Stunden besinnungslos, hatte Streit mit dem Bruder, wird erregt, legt sich hin mit geschlossenen Augen, ruft nach Mann und Kind. Am nächsten Tag wieder gut, macht eine Kaffeegesellschaft mit.

Zirka 2 Monate später, Mai 1904, Influenza. Hatte während derselben einen apathischen Zustand, völlig teilnahmslos. Alles zitterte an ihr. Schlaf war schlecht. Der Zustand ging nach 4 Tagen vorüber, dann wieder ganz gesund.

Die zweite Aufnahme in die Kieler Klinik erfolgte am 12. November 1905, nachdem sie 3½ Wochen zuvor eine normale Geburt durchgemacht und bis zum Tage der Aufnahme ihr Kind gestillt hatte. Am 6. November wurde die Patientin anschliessend an die Abreise ihrer Mutter nachts sehr unruhig, hatte traurige Stimmungen, sagte, sie sei eine schlechte Frau, sie mache den Ihrigen Kummer und tue nichts. Sie ass gut, hatte angehaltenen Stuhl. Suizidgedanken hatte die Kranke zu Hause nicht geäußert, dagegen ist notiert: Unterwegs im Zug, Versuch aus dem Zuge zu springen. Der Mann macht bei der Aufnahme die Angabe, es seien dieselben Symptome wie vor 2 Jahren, nur milder.

Nach der Aufnahme in die Klinik ist notiert: Wird gegen Abend 8 Uhr von ihrem Mann zur Klinik gebracht. Geht ruhig auf die Abteilung. Zu Bett gebracht, verlangt sie fortwährend nach Hause, beruhigt sich jedoch bald, schläft auf Schlafmittel ziemlich gut.

Am 2. Tag ist notiert: Macht alle Augenblicke Anstalten, das Aerztezimmer — wohl bei der Untersuchung — zu verlassen. Behauptet, man halte sie nur zum Narren. Auf Befragen sagt sie, sie sei ganz gesund, sie möchte aufstehen und wolle nach Hause. Gibt zu, traurige Gedanken gehabt zu haben, ist gedrückter und weinerlicher Stimmung. Hat im ganzen Wesen etwas Starres, sitzt wie traumhaft da, beantwortet die meisten an sie gerichteten Fragen entweder nicht oder nur ganz kurz mit leiser Stimme, verhält sich gegen die Untersuchung ablehnend. Sie antwortet langsam, manchmal gar nicht. Isst mittags nichts, verlangt nachmittags ein Buch zu lesen.

Am 14. heisst es: Immer noch leicht gedrückter Stimmung, liegt ruhig zu Bett, hat noch immer in ihrem Aeusseren etwas Traumhaftes. Isst aber besser.

Am 15: Erscheint heute etwas freier. Fragt, ob sie nicht nach der Villa verlegt werden könne. Wird nachmittags dorthin verlegt, gibt ihrer Freude Ausdruck über die Verlegung und liegt dort ruhig zu Bett.

Am 16. geht sie nach dem Klosett und springt durch das Klosett-fenster aus dem ersten Stock auf den Hof und zieht sich dabei einen Wirbelbruch und eine Paraparese der Beine mit Blasenlähmung zu.

Ueber das Motiv äussert sie sich am Abend der Tat, sie habe nicht mehr leben wollen, weil sie nicht mehr wert sei zu leben. Sie sei nicht gut zu ihrem Mann gewesen. Späterhin äussert sie gesprächs-weise, sie habe sich in der Baracke schon stets wohl gefühlt und keinerlei Selbstmordgedanken gehabt. Als sie nach der Villa — offene Abteilung — verlegt wurde, habe sie sich zunächst gleich geängstigt vor einer Mitpatientin. Da sei ihr mit einem Male der Gedanke gekommen, sich das Leben zu nehmen. Sie hätte es aber nicht ausführen können, weil zu viel Menschen im Zimmer waren. Sie habe dann in der Nacht vom 15. zum 16. November ohne trübe Gedanken geschlafen und auch morgens sei ihr gut gewesen, auch auf das Klosett sei sie noch ohne Selbstmordgedanken gegangen. Hier habe sie das Fenster geöffnet, um hinauszusehen. Da sei ihr plötzlich der Gedanke gekommen, sie müsse sterben, es könne sie doch kein Mensch leiden.

Am 8. 3. 1906 wurde die Patientin von der Psychose geheilt entlassen. Die Rückenmarkerscheinungen gingen allmählich zurück und Dr. Flatau berichtet, dass er sie bei einem späteren Besuch in bester Stimmung auf dem Rade vom Schwimmen oder Baden nach Hause gekommen, angetroffen habe.

Im Januar 1908 erhob der Gatte der Frau S. Klage auf Schadenersatz für die Folgen des Unfalls. Es sei ein Verschulden der Anstaltsbeamten darin zu erblicken, dass die Kranke nach wenigen Tagen in die offene Abteilung überführt worden sei.

Die als Zeugen vernommenen Dr. Flatau und Geheimrat Siemering gaben beide an, dass sie bei der Verlegung im Hinblick auf die stattgehabte Besserung die Gefahr eines Selbstmordversuches für ausgeschlossen hielten. Die Verlegung ist auf Anordnung des Leiters der Klinik selbst erfolgt.

Die in der Angelegenheit gehörten Sachverständigen kommen zu keinem einheitlichen Urteil.

Der Leiter der psychiatrischen Klinik in Leipzig, Geheimrat Flechsig, fasst sein Gutachten dahin zusammen, dass der Zustand der Frau S. zur Zeit der Verlegung kein derartiger war, dass man es unbedingt als gefährlich erachten musste, sie aus der Ueberwachungsstation in ein offenes Haus zu überführen. Ein zuverlässiges Wartepersonal voraus-



gesetzt, könne die Behandlung derartiger Patienten in einer offenen Abteilung kaum prinzipiellen Bedenken unterliegen.

Der Physikus Dr. Erman in Hamburg kommt zu dem Resultat, dass der Gesundheitszustand der Ehefrau des Klägers am 15. 11. 1905 als ein derartiger erscheinen musste, dass begründete Bedenken vorlagen, sie von der Ueberwachungsstation in das offene Haus zu überführen. Nach seiner Ansicht musste die Kranke in einem gesicherten Raum oder unter Ueberwachung gehalten werden, aus dem allgemeinen Grunde, weil bei derartigen melancholischen Kranken ein unvermuteter Selbstmordversuch immer in der Möglichkeit liege, und zweitens, weil Frau S. wenige Tage zuvor den Versuch gemacht habe, aus dem fahrenden Eisenbahnzuge zu springen. Der Aufenthalt der Frau S. in der Klinik sei noch zu kurz gewesen, ihr geistiger Zustand habe sich in den ersten vier Tagen des Aufenthaltes noch zu wenig geändert, um die Gefahr des Selbstmordversuches als nicht mehr naheliegend ausschliessen zu können.

Die Differenzen dieser Gutachten gab Veranlassung, das Votum des Medizinal-Kollegiums der Provinz Westfalen anzurufen. Diese gab sein Gutachten dahin ab, dass die Ueberführung der Frau S. aus der Ueberwachungsstation in die offene Station der Kieler Klinik nach dem Krankheitszustand der Frau S., sowie nach den Einrichtungen der Villa nicht frei von begründeten Bedenken war, dass diese Ueberführung jedoch bei sonst zuverlässigem und gut geschultem Pflegepersonal vom ärztlichen Standpunkt aus zulässig erscheinen konnte und grundsätzlichen Bedenken kaum unterlag. Insofern in diesem Gutachten die Unbedenklichkeit der Ueberführung in die offene Station von der Zuverlässigkeit und Schulung des Pflegepersonals abhängig gemacht werde, wurden zunächst gerichtliche Erhebungen nach dieser Richtung angestellt. Das Ergebnis dieser Feststellungen führte das Medizinal-Kollegium in einem zweiten Gutachten zu dem Schlusse, dass bei der Berücksichtigung des in der Villa II anwesenden Pflegepersonals die Ueberführung der Frau S. in die offene Station der Kieler Nervenlinik vom ärztlichen Standpunkt aus zu Bedenken Anlass bot, wenn nicht dem Pflegepersonal genauere Anweisung zu deren besonderen Beaufsichtigung und Beobachtung gegeben sein sollte.

Gegen dieses Gutachten machte der Leiter der Kieler Klinik geltend, dass das Gutachten des Medizinal-Kollegiums von nicht zutreffenden Voraussetzungen ausgehe. Die Verlegung nach der offenen Abteilung sei angeordnet worden, weil eine Suizidgefahr nicht für vorliegend erachtet worden sei. Hätten Bedenken bestanden, so hätte eine Verlegung in die offene Abteilung überhaupt nicht stattfinden dürfen.

## Gutachten.

Die von dem Medizinal-Kollegium diskutierte Frage, ob das Personal auf der offenen Abteilung hinsichtlich der Selbstmordverhütung die nötige Sicherheit gewährte, kann ausser Betracht gelassen werden, nachdem seitens des Direktors der Kieler Klinik ausdrücklich darauf hingewiesen worden ist, dass, wenn die Kranke suizidverdächtig war, eine Verlegung nach der offenen Station überhaupt nicht in Frage kommen konnte. Es handelt sich also lediglich darum, ob der klinische Direktor in Erwägung der ihm bekannten Vorgänge berechtigt war, bei der Kranken S. eine Suizidgefahr für nicht bestehend zu halten.

Der klinische Sachverhalt ergibt, dass bei Frau S. periodische psychotische Zustände mit depressiver Affektlage bestanden haben. Mit Recht wird von dem ersten Begutachter, Geheimrat Flechsig, darauf hingewiesen, dass es sich bei der Erkrankung der Frau S. nicht um eine Erkrankung von gleichmässig melancholischem Charakter gehandelt habe. Es tritt in den verschiedenen Krankheitszuständen der Frau S. eine ausgesprochene Beeinflussbarkeit durch äussere Momente, vor allem affektiver Art hervor. Dieser Umstand, dann die traumhafte Bewusstseinslage während der Depressionszustände und das Auftreten von Ohnmachten und Delirien anschliessend an einen Wortwechsel mit dem Bruder, weist auf eine psychogene-hysterische Komponente hin. Bei dem Ausbruch der ersten, wie der zweiten Erkrankung scheinen neben dem puerperalen Prozess noch affektive Momente, Besuch einer Verwandten, Abreise der Mutter von auslösender Bedeutung gewesen zu sein. Auch die Aufhellung des ersten in der Kieler Klinik durchgemachten traumhaften Zustandes schliesst sich an Aenderungen äusserer Verhältnisse, die Verlegung nach der Villa und insbesondere den Besuch des Mannes an.

Diese Feststellungen sind wichtig, weil sie zeigen, dass eine schematische Behandlung des Falles nach dem Schulbilde der Melancholie, wie sie in dem Gutachten des Hamburger Kreisphysikus Herrn Dr. Erman zum Ausdruck kommt, nicht geboten war. Nach dem, was der klinische Direktor aus der Vorgeschichte seiner Patientin und seinen früheren Erfahrungen an ihr wusste, war es wohl gerechtfertigt, wenn er besonderen Wert darauf legte, möglichst bald durch ihre Milieuveränderung eine günstige Einwirkung auf den Krankheitszustand auszuüben.

Ohne die Angabe des Mannes, dass die Frau bei der Fahrt nach Kiel aus dem Coupé zu springen versucht habe, würden in den anamnестischen Daten keine Anhaltspunkte dafür zu gewinnen gewesen sein, an der Zweckmässigkeit der Massnahme der Verlegung zu zweifeln. Weder während der früheren Erkrankung, noch während der krankhaften Zustände, welche die Kranke zu Hause durchgemacht hatte, sind

Suizidabsichten ausweislich der Akten in Erscheinung getreten. Auch eine familiäre, hereditäre, suizidiale Tendenz fehlt, wie mit Recht in dem Gutachten der Leipziger Klinik hervorgehoben wird.

Die Frage, ob in der Angabe des Mannes, dass seine Frau aus dem Zuge zu springen versucht habe, ein zwingendes Moment erblickt werden musste, die Verlegung ins offene Haus so kurze Zeit nach der Einlieferung zu unterlassen, würde vielleicht zu bejahen sein, wenn es sich um den erstmaligen Aufenthalt in der Klinik gehandelt hätte. So aber standen dem Leiter der Klinik die Erfahrungen über den Verlauf der letzten Erkrankung zur Seite und wenn es sich auch als irrtümlich erwies, so konnte er doch nach Antezedentien des Falles mit einem gewissen Recht zu der ärztlichen Ueberzeugung gelangen, dass der Vorfall während der Eisenbahnfahrt lediglich als eine durch die besondere Situation der Verlegung nach der Klinik bedingte episodische, psychogene Steigerung der Erregung aufzufassen sei und dass eine Suizidgefahr, nachdem die Kranke in die gleichmässige Umgebung der Klinik verbracht und tatsächlich eine gewisse Aufhellung des traumhaften Zustandes eingetreten war, nicht vorlag.

Wir geben deshalb unser Gutachten dahin ab, dass nach den besonderen Umständen und bei der besonderen Art der bei Frau S. vorliegenden Erkrankung der Massnahme der Verlegung nach der offenen Station, obwohl der Erfolg der Erwartung nicht entsprach, nach der klinischen Erfahrung die ärztliche Berechtigung nicht abgesprochen werden kann.

gez. Kirchner, Dr. v. Olshausen, Rubner, Moeli, Heubner,  
gez. Obrt, Kraus, Gaffky, Bier, v. Schjerning,  
gez. Dr. Saenger, Dr. Krohne, Bonhoeffer.

Am 29. 10. 1912 wurde folgendes Urteil verkündet:

Im Namen des Königs!

In Sachen des Königlich Preussischen Staatsfiskus, vertreten durch den Kurator der Universität Kiel,

Beklagten und Berufungsklägers,

— Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte Justizrat Dr. Abraham und Dr. Kähler in Kiel —

gegen den

Redakteur E. S. in l.,

Kläger und Berufungsbeklagten,

— Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. Stahmer in Kiel —  
wegen Schadenersatzes

hat der II. Zivilsenat des Königlichen Oberlandesgerichts in Kiel auf die mündliche Verhandlung vom 29. 10. 1912 unter Mitwirkung des Senatspräsi-

dentem, Geh. Oberjustizrates Schmid, der Oberlandesgerichtsräte Geh. Justizrates Dr. Brandt, Dr. Marwitz und Löhmann, sowie des Landrichters Frormann für Recht erkannt:

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Königlichen Landgerichts, II. Zivilkammer in Kiel, vom 23. 2. 1910 dahin abgeändert:

Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar, doch wird dem Kläger nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Hinterlegung von 450 M. abzuwenden.

#### Tatbestand.

Der Beklagte hat gegen das vorbezeichnete Urteil Berufung eingelegt und beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat den Inhalt des angefochtenen Urteils nebst den darin in Bezug genommenen Beweisverhandlungen und der Krankheitsgeschichte der Frau S. vorgetragen. Er hat die Würdigung der rechtlichen und tatsächlichen Verhältnisse durch das Landgericht als unrichtig bezeichnet und hat geltend gemacht, dass zwischen Dr. Erman und dem Professor Siemerling hinsichtlich der Beurteilung seelischer Zustände grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten beständen. So habe Dr. Erman im Jahre 1902 bescheinigt, dass eine Frau Walkhoff aus Hamburg geisteskrank sei, während ihre Untersuchung in der Kieler Nervenlinik, in der sie sich vom 25. 11. bis 21. 12. 1912 befunden habe, weder Geisteskrankheit noch Geistesschwäche ergeben habe.

Der Beklagte hat ferner bestritten, dass der Leiter der Nervenlinik oder deren sonstige Angestellte seine verfassungsmässig berufenen Vertreter seien, hat aber erklärt, er wolle nicht bestreiten, dass der erstere befugt sei, selbstständig Kranke in die Anstalt aufzunehmen und die Verpflegungskosten festzusetzen. Er ist endlich der Ansicht, dass der Leiter der Klinik, soweit für die Behandlung der Frau S. seine Beziehungen zum Beklagten in Frage ständen, in Ausübung der öffentlichen Gewalt gehandelt habe. Dass Beklagter bei der Auswahl der behandelnden Aerzte die erforderliche Sorgfalt beobachtet habe, könne nicht zweifelhaft sein.

Der Kläger hat beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und eventuell ihm nachzulassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung abzuwenden.

Er hält die Ausführung des angefochtenen Urteils für zutreffend und hat den Inhalt seines Schriftsatzes vom 10. 6. 1910 (Bl. 171 d. A.) vorgetragen.

Gemäss dem Beweisbeschluss vom  $\frac{28. 6. 1910}{4. 10.}$  (Bl. 175, 184 R.) hat

das Königliche Medizinalkollegium in Münster auf Grund der Akten ein ausführlich begründetes Gutachten dahin abgegeben, dass die Ueberführung der Frau S. in die offene Station am 15. 11. 1905 nach ihrem Krankheitszustande sowie nach den Einrichtungen der Villa nicht frei von begründeten Bedenken

gewesen sei, dass diese Ueberführung jedoch bei sonst zuverlässigem und gut geschultem Pflegepersonal vom ärztlichen Standpunkt aus habe zulässig erscheinen können.

Der Kläger hat dieses Gutachten bemängelt und hat angegeben, welches Pflegepersonal im November 1905 in der Villa vorhanden war und welche Aufgaben dieses zu verrichten hatte. Auch hat er an einer Zeichnung die Lage der einzelnen Räume in der Villa erläutert. Es wird deswegen auf den vorgetragenen Inhalt des Schriftsatzes vom 3. 3. 1911 und auf die Zeichnung Bl. 104 verwiesen. Der Beklagte hat die Behauptungen über das Pflegepersonal bestritten und davon abweichende Angaben gemacht, auf die wiederum der Kläger erwidert hat. Es wird wegen der beiderseitigen Behauptungen in dieser Beziehung auf die vorgetragenen Schriftsätze vom 23. 3., 2. und 15. 6. 1911 Bezug genommen.

Gemäss dem Beweisbeschluss vom 27. 6. 1911 wurden die darin benannten Zeugen vernommen und es wird auf ihre vorgetragenen Aussagen verwiesen. Es wurde ein ferneres Gutachten des Medizinalkollegiums in Münster eingeholt, das dahin ging, bei Berücksichtigung des vorhandenen Pflegepersonals böte die Ueberführung der Frau S. in die offene Anstalt zu Bedenken Anlass, wenn nicht dem Pflegepersonal genauere Anweisung zu deren besonderen Beaufsichtigung und Beobachtung gegeben worden sei.

Der Beklagte hat dieses Gutachten bemängelt und geltend gemacht, dass die Ueberführung der Frau S. in die offene Station von Prof. Siemerling überhaupt nicht angeordnet worden wäre, wenn diese Ueberführung vom ärztlichen Standpunkt aus zu Bedenken Anlass geboten hätte. Er hat auch im übrigen die Aeusserung des Prof. Siemerling vom 6. 5. 1912 vorgetragen.

Es wurde sodann nach dem Beweisbeschluss vom 11. 6. 1912 ein Obergutachten der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen eingeholt. Auf den vorgetragenen Inhalt dieses Gutachtens und der beiden Gutachten des Königlichen Medizinalkollegiums wird verwiesen.

Der Kläger hat das Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation bemängelt und dazu den Inhalt seines Schriftsatzes vom 22. 10. 1912 vorgetragen. Er hat es ferner für unzulässig erklärt, dass die Wissenschaftliche Deputation die Aeusserung des Prof. Siemerling vom 6. 5. 1912 berücksichtigt hat.

#### Gründe.

Da nach der eigenen Erklärung des Beklagten der Leiter der Kieler Nervenanstalt kraft seiner Stellung befugt ist, selbständig über die Aufnahme von Kranken zu entscheiden und die Verpflegungskosten festzusetzen, so ist er der verfassungsmässig berufene Vertreter des Beklagten bei der Aufnahme und Behandlung der Kranken. Es handelt sich dabei um eine Tätigkeit, die auf privatrechtlichem Gebiete liegt und bei der eine Ausübung der öffentlichen Gewalt nicht in Frage kommt. Der Beklagte haftet demnach für ein Verschulden des Geheimrats Siemerling bei der Behandlung der Frau S. nicht nur nach § 278 B.G.B., soweit der Schadensersatzanspruch auf mangelhafte Erfüllung des mit dem Kläger abgeschlossenen Vertrages gestützt wird, sondern

auch nach §§ 31, 89 B.G.B., soweit der Schaden ausserhalb des Vertrages verursacht ist.

Es kann jedoch dahingestellt bleiben, inwieweit die erhobenen Ansprüche vertraglicher und inwieweit sie ausservertraglicher Natur sind, ebenso welche Partei die Beweislast für das behauptete Verschulden trifft, denn es muss auf Grund des Gutachtens der Wissenschaftlichen Deputation angenommen werden, dass Prof. Siemerling nicht schuldhaft gehandelt hat, als er Frau S. in die offene Anstalt verlegen liess. Dieses Gutachten berücksichtigt die Vorgeschichte der Frau S. und die Erfahrungen, die bei ihren früheren krankhaften Zuständen gemacht wurden, und kommt dabei zu dem Ergebnis, dass nach den besonderen Umständen und bei der besonderen Art der bei Frau S. vorliegenden Krankheit ihrer Verlegung nach der offenen Station nach der klinischen Erfahrung die ärztliche Berechtigung nicht abgesprochen werden könne. Die Mitglieder der Wissenschaftlichen Deputation sind allerdings nicht sämtlich Psychiater, aber sie sind Autoritäten der medizinischen Wissenschaft und es kann keinem Zweifel unterliegen, dass sie, auch soweit sie nicht Psychiater sind, die Fähigkeit besitzen, die Richtung eines Gutachtens über die ihnen hier vorgelegte Frage zu beurteilen. Mit Unrecht wirft auch der Kläger dem Gutachten vor, dass es die Mangelhaftigkeit der Anlage der Anstalt selbst unberücksichtigt gelassen hat. Die Wissenschaftliche Deputation hat das Gutachten mit Rücksicht auf den Sachverhalt erstattet, der sich ihr aus den Akten ergab, und es ist selbstverständlich, dass sie dabei auch die Beschaffenheit der Villa, in die Frau S. verlegt wurde, berücksichtigt hat, insbesondere da in dem am Anfang des Gutachtens wiedergegebenen Beweisbeschluss die Berücksichtigung der Anlagen hinsichtlich der Sicherung und Ueberwachung der Kranken besonders gefordert ist. Ihr Gutachten kann deshalb nur dahin verstanden werden, dass der Verlegung der Frau S. in die offene Anstalt, so wie sie am 15. 11. 1905 war, die ärztliche Berechtigung nicht abgesprochen werden könne.

Unbegründet ist auch der weitere vom Kläger gemachte Vorwurf, dass das Gutachten die Mangelhaftigkeit des vorhandenen Pflegepersonals nicht berücksichtigt. Denn es geht davon aus, dass die Verlegung der Frau S. in die offene Anstalt überhaupt nicht in Frage gekommen wäre, wenn ein Selbstmordverdacht vorgelegen hätte, und untersucht deshalb nur die Frage, ob Prof. Siemerling berechtigt war, eine Selbstmordgefahr für nicht bestehend zu halten. Dazu war die Wissenschaftliche Deputation auch durchaus berechtigt, da Geheimrat Siemerling in seinem eidlichen Zeugnis vom 27. 6. 1908 ausgesagt hat, er hätte bei der Ueberführung der Frau S. die Gefahr eines Selbstmordversuchs für ausgeschlossen gehalten. Für die im Gutachten beantwortete Frage aber war die Beschaffenheit des Pflegepersonals offenbar unerheblich.

Geheimrat Siemerling hat sich, wie sein eidliches Zeugnis vom 27. 6. 1908 ergibt, bei der Ueberführung der Frau S. in die Villa von denselben Gesichtspunkten leiten lassen, wie die Wissenschaftliche Deputation. Man kann deshalb mit Rücksicht auf den späteren Ausgang wohl sagen, dass er sich

damals in einem Irrtum befunden hat, nicht aber, dass er bei seiner Anordnung nicht alle Umstände sorgfältig erwogen und deshalb schuldhaft gehandelt hat. Dass er dabei den Versuch der Frau S., sich auf der Fahrt nach Kiel aus dem Eisenbahnwagen zu stürzen, berücksichtigt hat, ergibt sein Zeugnis.

Hiernach hat Prof. Dr. Siemerling die ihm obliegende Verpflichtung zur sachgemässen ärztlichen Behandlung der Frau S. erfüllt und die Klage war deshalb unbegründet, mag sie auf den Vertrag oder auf vertragliches Verschulden gestützt sein.

gez. Schmidt. Brandt. Marwitz.

gez. Löhmann. Frormann.

Auf die eingelegte Berufung entschied am 18. 3. 1913 das Reichsgericht:

Im Namen des Reichs!

In Sachen des Redakteurs E. S. in I., Klägers und Revisionsklägers,  
— Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Justizrat Dr. Bitter in Leipzig —  
wider

den Preussischen Fiskus, Beklagten und Revisionsbeklagten,  
vertreten durch den Kurator der Universität Kiel,  
— Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Geh. Justizrat Boyens in Leipzig, —  
hat das Reichsgericht, III. Zivilsenat, auf die mündliche Verhandlung vom 18. 3. 1913, unter Mitwirkung: des Präsidenten Meyn, der Reichsgerichtsräte v. Romeick, Dr. Strecker, Mansfeld, sowie der Oberlandesgerichtsräte Kress, Oegg und Dr. Gunkel, für Recht erkannt:

Das Urteil des II. Zivilsenats des Königlich Preussischen Oberlandesgerichts zu Kiel vom 29. 10. 1912 wird aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an den I. Zivilsenat des Berufungsgerichts zurückverwiesen.

Die Entscheidung über die Kosten der Revisionsinstanz wird dem Endurteil vorbehalten.

Von Rechts wegen.

Tatbestand.

Im Jahre 1903 war die Ehefrau des Klägers an „melancholischer Verstimung“ erkrankt und in der psychiatrischen Klinik der Universität Kiel untergebracht, von wo sie als geheilt entlassen wurde. Am 12. 11. 1905 brachte der Kläger sie wiederum in die Klinik. Unterwegs versuchte sie aus dem Eisenbahnzug zu springen, der Leiter der Klinik, Prof. Siemerling, erhielt hiervon Kenntnis. Sie wurde zunächst in der Beobachtungsstation, aber schon am 15. 11. auf Anordnung jenes Leiters in der offenen Station, der sog. Villa, untergebracht. Hier machte sie am Morgen des 16. 11. einen Selbstmordversuch. Sie sprang aus dem Fenster des im Obergeschoss befindlichen Klosetts und verletzte sich schwer. Der Kläger findet ein Verschulden darin, dass die

Kranke schon am 15. 11. in die offene Station verlegt und dass diese nicht mit den gehörigen Sicherheitseinrichtungen versehen sei, und verlangt Schadenersatz. Das Landgericht hat den Klageanspruch dem Grunde nach für berechtigt erklärt, das Oberlandesgericht die Klage abgewiesen. Gegen das in der Entscheidung näher bezeichnete Berufungsurteil hat der Kläger Revision eingelegt. Er hat den Sachverhalt vorgetragen, die oberlandesgerichtlichen Entscheidungsgründe verlesen und die Revision mit den Ausführungen seines Schriftsatzes vom 20. 1. 1913 begründet. Sein Antrag geht dahin,

das angefochtene Urteil aufzuheben und nach seinem Berufungsantrage zu erkennen, im Falle der Zurückweisung die Sache an einen anderen Senat des Berufungsgerichts zurückzuverweisen.

Der Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

#### Entscheidungsgründe.

Die Revision ist begründet.

1. Der Kläger nimmt den Beklagten zunächst wegen Verschuldens des Leiters der Klinik als eines verfassungsmässig berufenen Vertreters auf Ersatz des durch dies Verschulden entstandenen Schadens in Anspruch. Das Verschulden findet er in der Anordnung, dass die erst am 12. 11. 1905 in der Beobachtungsstation aufgenommene Kranke schon am 15. 11. in die Villa verlegt sei, obwohl deren Einrichtungen, wie dem Leiter der Klinik bekannt gewesen ist, nicht danach angetan gewesen seien, die Gefahr der Kranken für Leib und Leben auszuschliessen. Ob ein Verschulden vorliegt, ist eine vom Richter zu entscheidende Rechtsfrage. Die von dem Berufungsgericht getroffene Entscheidung lässt nach ihrer Begründung Raum für die Vermutung, dass ihr eine rechtsirrtümliche Auffassung des Begriffs der Fahrlässigkeit zugrunde liege. Jedenfalls hat das Berufungsgericht bei Verneinung der Rechtsfrage nicht den gesamten zur Begründung der Verschuldensbehauptung vorgebrachten Streitstoff gewürdigt. Es entnimmt die tatsächlichen Unterlagen für diese Verneinung lediglich dem Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, ohne zu beachten, dass dieses Gutachten das Klagevorbringen und das Ergebnis der vorangegangenen Beweisaufnahme nicht erschöpfend verwertet. Diese Verschuldensfrage hätte einer weiteren Erklärung durch das Oberlandesgericht bedurft. Mit Recht vermisst die Revision in dem für die Berufsentscheidung massgebend gewordenen Obergutachten ein genügendes Eingehen auf den Inhalt der übrigen Gutachten, namentlich das Gutachten des Medizinalkollegiums in Münster. Wenn das Obergutachten die Möglichkeit eines zum Selbstmordversuche führenden plötzlichen Stimmungswechsels, den nach dem vorgetragenen Krankenberichte noch am 13. und 14. 11. bei der Kranken vorhandenen traumhaften Zustand, ihre eigenen, im Krankenberichte dargestellten Angaben über ihre Gedanken, schon am 15. — nach der Verlegung in die Villa — Selbstmord zu verüben, für das Bestehen eines Selbstmordverdacht nicht in Betracht zieht, so durfte doch das Berufungsgericht bei Beurteilung der Verschuldensfrage diese Tatumstände nicht unerwogen lassen.



Dagegen geht der Revisionsangriff fehl, es seien die Behauptungen über die Geeignetheit der Deputation für Abgabe des Obergutachtens nicht genügend gewürdigt. Die Tauglichkeit eines Sachverständigen für die Erstattung von Gutachten einer bestimmten Art ist Sache der dem Tatsachenrichter zustehenden, einer Nachprüfung im Revisionsverfahren nicht unterliegenden Beweiswürdigung. Diese ist im vorliegenden Falle insoweit ausreichend begründet.

Mit Recht aber macht die Revision geltend, das Obergutachten und danach der über die Frage des Verschuldens urteilende Berufungsrichter liessen ausser acht, dass für ein Verschulden des Klinikleiters nach dem Klagvorbringen nicht nur in Betracht komme, ob er ohne Fahrlässigkeit annehmen konnte, die Ehefrau des Klägers sei nicht mehr selbstmordverdächtig, sondern auch, ob er mit der Möglichkeit eines Irrtums hätte rechnen müssen. Die Ausführungen des Oberlandesgerichts lassen die Prüfung vermissen, ob der Leiter der Klinik, auch wenn er sie nicht mehr für selbstmordverdächtig hielt und zu halten brauchte, nicht dennoch Vorsichtsmassregeln zu treffen verpflichtet war, namentlich mit Rücksicht auf die behaupteten, ihm bekannten Mängel in der Einrichtung der Villa. Die Feststellung übrigens, dass der Prof. Siemerling bei der Ueberführung der Kranken sich von der Ueberzeugung habe leiten lassen, es bestehe keine Selbstmordgefahr mehr, ist nicht zu beanstanden. Sie beruht auf seinem eidlichen Zeugnis, wonach er zur Zeit seiner Anordnung die Gefahr eines Selbstmordversuches für ausgeschlossen gehalten haben will. Nur auf diese Aussage stützt das Berufungsgericht seine Feststellung; ob das Gutachten auch die Aeusserung Siemerling's gegenüber dem Universitätskurator berücksichtigt, ist daher ohne Bedeutung.

Ob der Prof. Siemerling ohne Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt zu jener Ueberzeugung gelangen konnte, das ist die zu entscheidende Frage. Für sie war von Wichtigkeit, was der Kläger über frühere Selbstmordversuche seiner Ehefrau unter Beweisangebot und über die Kenntnis des Klinikleiters von ihnen behauptet hatte.

So sprach doch vor allem der Vorfall in der Eisenbahn, mag er auch der Erregung über die Fortschaffung von Hause in die Klinik zuzuschreiben sein, für das Selbstmordvorhaben. Er hatte am 12. 11. stattgefunden, am 15. 11. schon, nachdem inzwischen stete Ueberwachung in der Beobachtungsstation die Wiederholung der Ausführung solchen Vorhabens ausgeschlossen hatte, erfolgte die Verlegung in die offene Station. Das aus der Kürze dieser Zwischenzeit sich ergebende Bedenken musste das Berufungsgericht zu einer umfassenden Aufklärung bestimmen.

Ob die Kranke ein- oder zweimal versucht hatte, aus dem Zuge zu springen, war selbst bei der Auffassung des Obergutachtens von der Bedeutung des Vorfalles in der Eisenbahn nicht gleichgültig. Der zweimalige Versuch verrät eine besondere Energie des Selbstvernichtungswillens. Zwar nicht für den zweimaligen Versuch, aber für die Mitteilung davon an den Leiter der Klinik ist Beweis — durch dessen Zeugnis — angetreten, er wäre zu erheben gewesen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass so gut wie die Erregung über die Fortschaffung in die Klinik zu so energischer Betätigung des Selbstmord-

willens im Eisenbahnzuge, so die Erregung über die Festhaltung in der Klinik zum Selbstmordversuche dort führen konnte und dass die Feststellung zweimaligen Versuchs auch geeignet wäre, eine andere Auffassung auch bei der sachverständigen Deputation zu begründen. Diese verwertet zwar gegen das Bestehen der Selbstmordgefahr die Verbringung in die gleichmässige Umgebung der Klinik — wovor sich übrigens auf der Reise gerade die Kranke gefürchtet haben soll — und den Eintritt einer „gewissen“ Aufhellung des traumhaften Zustandes. Es steht aber dahin, ob sie diesen Umständen gegenüber jener Selbstmordenergie dieselbe entscheidende Bedeutung würde beigemessen haben.

Unrichtig ist in dem vorgetragenen Schriftsatze vom 22. 10. 1912 bemerkt, das Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation übersehe, dass der Kläger seinerzeit der Anstaltsleitung auch mitgeteilt habe, seine Frau habe bei ihrer ersten Erkrankung (1903) verschiedentlich versucht, zuhause aus dem Fenster zu springen. Das Gutachten übersieht es nicht, denn vor seiner Erstattung war die Behauptung, soweit die Akten ergeben, noch niemals aufgestellt. Allein die Revision rügt auch nicht, dass das Gutachten die Behauptung übersehe, sondern dass das Berufungsgericht die nach Massgabe des Schriftsatzes aufgestellte Behauptung nicht gewürdigt hat. Die Behauptung konnte jedenfalls nicht ohne weiteres als unerheblich behandelt werden. Das Obergutachten begründet seine Verneinung der Selbstmordgefahr u. a. mit der Erwägung, dass weder bei der früheren Erkrankung, noch während der krankhaften Zustände, welche die Ehefrau des Klägers zuhause durchgemacht hatte, Selbstmordabsichten in Erscheinung getreten seien. Nun hat der Professor Siemerling eidlich als Zeuge bekundet, der Kläger habe — abgesehen von dem Eisenbahnvorfall — bei der Einlieferung 1905 erwähnt, dass seine Frau „auch keine Selbstmordideen an den Tag gelegt“ habe. Damit ist aber noch nicht widerlegt, dass sie 1903 solchen Gedanken gehabt, und dass der Kläger 1903 dem Anstaltsleiter davon Mitteilung gemacht hat. Jedenfalls hat in dieser Hinsicht das Berufungsgericht keinerlei Feststellungen getroffen. War aber die Behauptung erheblich, so hätte auf Bezeichnung der Beweismittel hingewirkt werden müssen. Die auf Verletzung des § 139 der Zivilprozessordnung gestützte Revisionsrüge ist begründet. Welcher Wert dem etwaigen Beweisergebnis gegenüber auf die aus dem Krankheitsberichte von 1903 ersichtlichen derzeitigen eigenen Angaben des Klägers zu legen ist, wird das Berufungsgericht zu prüfen haben.

II. Der Klageanspruch stützt sich aber nicht nur auf ein bei der Anordnung der Ueberführung begangenes Versehen des Anstaltsleiters, sondern auch darauf, dass der Schaden verursacht sei durch die auf ein Verschulden verfassungsmässig berufener Vertreter des Beklagten zurückzuführende Mangelhaftigkeit in den Einrichtungen der Villa. Zutreffend macht die Revision geltend, dass das Berufungsgericht diesen mit Beweiserbieten vertretenen Klagegrund überhaupt nicht berücksichtigt. Es ist geeignet, ganz unabhängig von einem den Anstaltsleiter bei einer Anordnung etwa treffenden Verschulden, den Klageanspruch zu begründen.

Auch wenn der Anstaltsleiter ohne Fahrlässigkeit den Selbstmordverdacht bei den Anstaltskranken für völlig ausgeschlossen hält und halten darf, so muss doch immerhin mit der Möglichkeit eines Irrtums gerechnet werden. Auf diese Möglichkeit hin werden, soweit es sich mit dem Heilzwecke vereinigen lässt, die Einrichtungen der offenen Station mit den erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen versehen sein müssen. Der Beklagte nimmt die zum Teil hilflosen, in ihrer Einsicht und freien Willensbestimmung beeinträchtigten, oftmals nach Stimmungen und Anwandlungen unberechenbaren Kranken zur Bewachung und Heilung in seine Anstalt auf. Er ist dafür verantwortlich, dass sie dort gegen Gefahren für Leben und Gesundheit, auch für die Gefahr der Selbstbeschädigung soweit geschützt werden, als die zur Erreichung des Heilzwecks zu treffenden Massnahmen es zulassen. Es fragt sich, warum es in der offenen Station, in der die Ehefrau des Klägers untergebracht wurde, an den geeigneten Sicherheitsvorkehrungen gefehlt hat. Wenn es richtig ist, dass gerade in den Klosetts sich am häufigsten Selbstmordversuche ereignen, so ist nicht einzusehen, weshalb die Fenster des Klosetts im Obergeschoss nicht — etwa als Drehfenster — so eingerichtet waren, dass das Hindurchschlüpfen einer Person nicht geschehen konnte. Auch ist nicht ersichtlich, welche Umstände der Anwendung der äusseren Vorsicht, gerade auch in Ansehung der Ueberwachung der Kranken beim Aufsuchen des Klosetts, hinderten. Regelmässig liegt die Annahme eines Verschuldens nahe, wenn Sicherheitsmassregeln unterbleiben, obwohl ihre Anwendung möglich ist.

Nach diesen Richtungen hin bedarf das Parteivorbringen der eingehenden Prüfung durch das Berufungsgericht. Je nach deren Ausfall wird sich ergeben, ob der Beklagte selbst dann schadensersatzpflichtig ist, wenn die Anordnung der Ueberführung in die offene Station zum 15. 11. als schuldhaft nicht angesprochen zu werden braucht.

gez. Meyn. Romeick. Streckor. Mansfeld.

Kress. Oegg. Gunkel.

Das Urteil ist in der öffentlichen Sitzung vom 22. 4. 1913 verkündet und in das am 8. 5. 1913 ausgehängte Verzeichnis eingetragen.

gez. Beyer.

Gerichtsschreiber.

Unter dem 14. 7. 1913 erging folgender Beweisbeschluss:

I. Es soll Beweis erhoben werden

A. auf Anstehen des Klägers

1. darüber, dass der Kläger, als er am 12. 11. 1905 seine Ehefrau in die Königliche Psychiatrische und Nervenlinik in Kiel brachte, dem Zeugen mitgeteilt hat, sie habe bei der Eisenbahnfahrt nach Kiel zweimal versucht, aus dem Zuge zu springen;
2. dass der Kläger, als er im Jahre 1903 seine Ehefrau bei ihrer ersten Erkrankung der Nervenlinik zuführte, dem Zeugen als Anstaltsleiter mitgeteilt hat, dass seine Ehefrau verschiedentlich versucht habe, zuhause aus dem Fenster zu springen,

- durch das Zeugnis des Prof. Dr. Siemerling in Kiel,  
3. darüber, dass in anderen, modern eingerichteten Nervenanstalten Fenster in völlig unauffälliger Weise angebracht sind, welche ein Herausspringen unmöglich machen,

durch das Zeugnis des Anstaltsleiters Dr. Lienau in Hamburg;

B. auf Anstehen des Beklagten

darüber, dass besondere Sicherungsvorkehrungen in der sog. offenen Station nicht getroffen, insbesondere die Fenster nicht so eingerichtet werden konnten, dass ein Herausschlüpfen unmöglich war, weil die Kranken nicht an die Art ihrer Krankheit erinnert werden sollen und zur Förderung des Heilzweckes erforderlich erschien, alles Auffällige in der Umgebung der in der offenen Station untergebrachten Kranken zu vermeiden, dass aus demselben Grunde (bzw. weshalb?) davon abgesehen wurde, die Kranken beim Aufsuchen des Klosetts zu überwachen,

durch das Zeugnis des Prof. Dr. Siemerling in Kiel.

Bei seiner am 16. 12. 1913 stattgehabten Vernehmung gab Dr. Glasow, der 1905 Assistenzarzt in der Nervenklinik gewesen war, an, er könne sich nicht mehr darauf besinnen, was Kläger damals über seine Frau gesagt habe.

Dr. Lienau gab bei seiner Vernehmung am 23. 11. 1913 in Hamburg folgendes an:

Meine Anstalt zerfällt in eine geschlossene und eine offene Abteilung. In der geschlossenen Abteilung sind die Fenster so verschlossen, dass es für einen Kranken unmöglich ist, sich aus dem Fenster zu stürzen. In der offenen Abteilung sind dagegen irgendwelche Sicherheitsmassregeln für diesen Fall nicht getroffen. Die Fenster lassen sich leicht öffnen. Soweit es sich um Drehfenster handelt, sind die Zwischenräume zwischen dem Drehpfosten und der Verkleidung der Fensteröffnungen derartig breit, dass ein Mensch ohne Mühe hindurchkommen kann. Die offene Abteilung macht durchaus den Eindruck eines Hotels. Grössere Sicherheitsmassregeln als in einem solchen sind nicht getroffen. Allerdings befindet sich die offene Abteilung im Hochparterre.

In der geschlossenen Abteilung ist das grosse Mittelfenster — aus dickem Glas — fest verriegelt, so dass ein Öffnen desselben unmöglich ist. Seitwärts befinden sich Drehflügel, die jedoch ein Hinausspringen nicht ermöglichen. Die Kranken empfinden jedoch sehr bald, weshalb die Fenster derartig eingerichtet sind und regen sich darüber auf. Deswegen werden diese Fenster in der offenen Abteilung vermieden.

Zeuge Geh. Med.-Rat Siemerling gab bei seiner Vernehmung am 10. 1. 1914 an: Zum Beweisthema A 1 und 2 weiss ich aus eigener Erfahrung nichts. Ich kann nur Bezug nehmen auf die Krankheitsgeschichte, die für die in Betracht kommenden Jahre 1905 und 1903 von den damaligen Assistenzärzten sehr eingehend aufgenommen worden ist. Ich überreiche diese Krankheitsgeschichte für die in Betracht kommende Zeit in beglaubigter Abschrift.

Als Assistenzarzt im November 1905 war Dr. Flatau tätig. Ich entsinne mich bezüglich des Jahres 1905 noch persönlich, dass ich nicht den Eindruck hatte, dass die Patientin selbstmörderische Absichten hegte.

Zur Klarstellung hebe ich hervor, dass die Krankheitsvorgeschichte nicht von mir, sondern von den Assistenzärzten, und zwar für 1905 von Dr. Flatau und 1903 von Dr. Glasow herrührt.

Zu B. des Beweisbeschlusses: Bei der Behandlung der Geisteskranken ist man jetzt im allgemeinen dazu übergegangen, offene Stationen zu errichten und dort die Kranken, soweit es mit ihrem Zustand vereinbar ist, unterzubringen, damit sie die Empfindung haben, nicht unter einem Zwange zu stehen und weil hieraus eine Förderung des Heilzweckes zu erwarten ist. Aus demselben Grunde wird auch alles Auffällige in der Umgebung der in der offenen Station untergebrachten Kranken vermieden. Es werden keine besonderen Sicherungsvorkehrungen getroffen, insbesondere die Fenster so eingerichtet, dass sie einfach geöffnet werden können. Würden besondere Vorkehrungen getroffen, so würde das die Kranken ängstigen und ihrer Heilung abträglich sein. Aus demselben Grunde wird auch in den Anstalten, insbesondere der meiner Leitung unterstellten, davon abgesehen, die Kranken ständig zu überwachen, insbesondere auch sie beim Aufsuchen des Klosetts zu überwachen.

Aus demselben Grunde sieht man auch davon ab, Sicherungsvorkehrungen an den Fenstern etwa in der Weise anzubringen, dass diese sich in horizontaler Lage öffnen lassen. Weil nämlich die Kranken misstrauisch und erkennen würden, dass die Einrichtung vom Normalen abweicht.

Der streitige Fall hat in unserer Anstalt keine Veranlassung dazu gegeben, irgendeine Aenderung in der Lage oder Einrichtung der offenen Station vorzunehmen.

Unsere Anstalt ist nach dem Muster der Hallenser Anstalt gebaut. Auch dort ist die offene Station zum Teil im ersten Stockwerk untergebracht. Ich habe kein Bedenken daraus entnommen, die in gleicher Weise eingerichtete Anstalt zu übernehmen. Dass die Gefahr eines Unfalls dadurch abgeschwächt wird, dass die offene Station im Parterre eingerichtet ist, versteht sich wohl von selbst. Das Parterre in unserer Anstalt ist richtiger gesagt Hochparterre. Darunter belegen sind noch Wohnräume, in welchen Dienstpersonal untergebracht ist.

Ich füge noch hinzu, dass in England die Anstalten, wie ich mich durch Augenschein überzeugt habe, gerade so eingerichtet sind, insbesondere offene Stationen auch im ersten Stock haben. Ebenso habe ich eine rheinische Privatanstalt besichtigt, in welcher die Einrichtung dieselbe ist. Ferner ist mir bekannt, dass auch öffentliche Anstalten die offene Station zum Teil im ersten Stockwerk haben.

Am 5. 3. 1914 erging folgender Beweisbeschluss: Die Kgl. Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen in Berlin soll ersucht werden, mit Rücksicht auf die im Urteil des Reichsgerichts vom 18. 3. 1913 (Bl. III J. a) erhobenen Ausstellungen, insbesondere unter näherer Berücksichtigung des Inhalts der übrigen Gutachten, ein Gutachten darüber zu erstatten:

1. ob im Hinblick auf die besonderen Umstände des Falles, insbesondere den aus der Krankheitsgeschichte ersichtlichen Zustand der Frau S., es als ein Verstoss gegen die anerkannten Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft anzusehen ist, dass Prof. Dr. Siemerling am 15. 11. 1905 ihre Ueberführung in die offene Station angeordnet hat, ohne für eine besondere Beaufsichtigung Sorge zu tragen;

2. ob die Beschaffenheit der offenen Station, insbesondere mit Rücksicht darauf, dass sie im ersten Stock eingerichtet war und besondere Anweisungen für die Beobachtung und Bewachung der Kranken nicht getroffen waren, den Anforderungen entspricht, welche an die Unterbringung einer Kranken von der Art der Frau S. zu stellen sind.

Die wissenschaftliche Deputation erstattete unter dem 14. 6. 1914 folgendes Gutachten:

Gutachten<sup>1)</sup>.

Eurer Exzellenz erstatten wir hierunter in Sachen Staatsfiskus gegen S. das erforderte Ergänzungsgutachten über die Frage

1. ob im Hinblick auf die besonderen Umstände des Falles insbesondere dem aus der Krankengeschichte ersichtlichen Zustand der Frau S. es als ein Verstoss gegen die anerkannten Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft anzusehen ist, dass Professor Dr. Siemerling am 15. 11. ihre Ueberführung in die offene Station angeordnet hat, ohne für besondere Beaufsichtigung zu sorgen;

2. ob die Beschaffenheit der offenen Station insbesondere mit Rücksicht darauf, dass sie im ersten Stock eingerichtet war und besondere Anweisung für die Bewachung und Beobachtung der Kranken nicht getroffen waren, den Anforderungen entspricht, welche an die Unterbringung von Kranken von der Art der Frau S. zu stellen sind.

Wir haben uns am 12. 7. 1912 in derselben Sache gutachtlich dahin geäussert, dass nach den besonderen Umständen und bei der Art der bei Frau S. vorliegenden Erkrankung, der Massnahme der Verlegung nach der offenen Station, obwohl der Erfolg der Erwartung nicht entsprach, nach der klinischen Erfahrung die ärztliche Berechtigung nicht abgesprochen werden kann.

Im einzelnen wird auf den Inhalt dieses Gutachtens verwiesen. Gegen die daraufhin von dem Oberlandesgericht als Berufungsinstanz erfolgte Abweisung der Klage wurde Revision eingelegt. Vom Reichsgericht wurde die Revision für begründet erklärt, das Urteil des Oberlandesgerichtes aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an den I. Zivilsenat zurückverwiesen. Die Ent-

1) Dieses Gutachten ist veröffentlicht in Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 3. Folge. Bd. 49. H. 2.

scheidungsgründe des Reichsgerichts vermissen in unserem Gutachten ein genügendes Eingehen auf den Inhalt der übrigen Gutachten, namentlich der Gutachten des Medizinalkollegiums. Das Obergutachten lasse ausser acht, dass für ein Verschulden des Klinikleiters nach dem Klagvorbringen nicht nur in Betracht komme, ob er ohne Fahrlässigkeit annehmen konnte, die Ehefrau des Klägers sei nicht mehr selbstmordverdächtig, sondern auch ob er mit der Möglichkeit eines Irrtums habe rechnen müssen. In den Ausführungen des Oberlandesgerichtes werde die Prüfung vermisst, ob der Leiter der Klinik, wenn er die Kranke nicht mehr für selbstmordverdächtig hielt und zu halten brauchte, nicht dennoch Vorsichtsmassregeln zu treffen verpflichtet war, namentlich mit Rücksicht auf die behaupteten, ihm bekannten Mängel in der Einrichtung der Villa.

Die Feststellung, dass Professor Siemerling bei der Ueberführung der Kranken sich von der Ueberzeugung habe leiten lassen, es bestehe keine Selbstmordgefahr mehr, sei nicht zu beanstanden. Zu entscheiden sei aber die Frage, ob Professor Siemerling ohne Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt zu jener Ueberzeugung gelangen konnte. Es habe doch vor allem der Vorfall in der Eisenbahn, möge er auch der Erregung über die Fortschaffung von Hause in die Klinik entsprungen sein, für das Selbstmordvorhaben gesprochen. Dieser habe am 12. 11. stattgehabt und am 15. schon, nachdem inzwischen stete Ueberwachung in der Beobachtungsstation die Wiederholung der Ausführung solchen Vorhabens ausgeschlossen habe, sei die Verlegung in die offene Station erfolgt. Das aus der Kürze dieser Zwischenzeit sich ergebende Bedenken hätte das Berufungsgericht zu einer umfassenden Aufklärung bestimmen müssen. Ob die Kranke ein- oder zweimal versucht habe, aus dem Zuge zu springen, sei selbst bei der Auffassung des Obergutachtens von der Bedeutung des Vorfalles in der Eisenbahn nicht gleichgiltig. Der zweimalige Versuch verrate eine besondere Energie des Selbstvernichtungswillens. Es hätte damals der Beweis dafür angetreten werden sollen, dass dem Leiter der Klinik von einem solchen zweimaligen Versuche — wie ihn der Kläger behauptet — Mitteilung gemacht worden sei. Es sei nicht ausgeschlossen, dass so gut wie die Erregung über die Fortschaffung in die Klinik zu so energischer Betätigung des Selbstmordwillens im Eisenbahnzuge, so die Erregung über die Festhaltung in der Klinik zum Selbstmordversuche dort habe führen können und dass die Feststellung zweimaligen Versuchs auch geeignet sein könnte, eine andere Auffassung auch bei der sachverständigen Deputation zu begründen. Diese verwerte zwar gegen das Bestehen der Selbstmordgefahr die Verbringung in die gleichmässige

Umgebung der Klinik — wovor sich übrigens die Kranke auf der Reise gefürchtet haben solle — und den Eintritt einer „gewissen“ Aufhellung des traumhaften Zustandes. Es stehe aber dahin, ob sie diesen Umständen gegenüber jener Selbstmordenergie dieselbe entscheidende Bedeutung würde beigemessen haben.

Das Obergutachten begründe seine Verneinung der Selbstmordgefahr u. a. mit der Erwägung, dass weder während der früheren Erkrankung, noch während der krankhaften Zustände, welche die Ehefrau des Klägers zu Hause durchgemacht habe, Selbstmordabsichten in Erscheinung getreten seien.

Es hätte deshalb von seiten des Berufungsrichters zu der neuerlichen Behauptung des Klägers, Frau S. habe seinerzeit bei ihrer ersten Erkrankung verschiedentlich versucht, zu Hause aus dem Fenster zu springen, auf Bezeichnung der Beweismittel hingewirkt werden müssen. In zweiter Linie stützt sich der Klaganspruch mit Recht darauf, dass die Einrichtungen der Villa mangelhaft seien. Der Anstaltsleiter habe mit der Möglichkeit des Irrtums rechnen müssen. Auf diese Möglichkeit hin würden, soweit es sich mit den Heilzwecken vereinigen lasse, die Einrichtungen der Villa mit den erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen zu versehen sein. Der Beklagte nehme die zum Teil hilflosen, in ihrer Einsicht und freien Willensbestimmung beeinträchtigten, oftmals nach Stimmungen und Anwandlungen unberechenbaren Kranken zur Bewachung und Heilung in seine Anstalt auf. Er sei dafür verantwortlich, dass sie dort gegen Gefahren für Leben und Gesundheit, auch gegen die Gefahr der Selbstbeschädigung soweit geschützt werden, als die zur Erreichung des Heilzweckes zutreffenden Massnahmen es zulassen. Es frage sich, warum es in der offenen Station, in der die Ehefrau des Klägers untergebracht wurde, an den geeigneten Sicherheitsvorkehrungen gefehlt habe. Wenn es richtig sei, dass gerade in den Klosetts sich am häufigsten Selbstmordversuche ereignen, so sei nicht einzusehen, weshalb die Fenster der Klosetts im Obergeschoss nicht — etwa als Drehfenster — so eingerichtet seien, dass das Hindurchschlüpfen einer Person nicht geschehen könne. Auch sei nicht ersichtlich, welche Umstände die Anwendung der äussersten Vorsicht, gerade in Ansehung der Ueberwachung der Kranken beim Aufsuchen des Klosetts hinderten. Regelmässig liege die Annahme eines Verschuldens vor, wenn Sicherheitsmassregeln unterbleiben, obwohl ihre Anwendung möglich sei.

Nach diesen Richtungen bedürfe das Parteivorbringen der eingehenden Prüfung durch das Berufungsgericht. Je nach deren Ausfall werde sich ergeben, ob der Beklagte selbst dann noch Schadenersatz-



pflichtig sei, wenn die Anordnung der Ueberführung in die offene Station zum 15. 11. als schuldhaft nicht angesprochen zu werden brauche. In dem neuen Berufungsverfahren wurde entsprechend den Entscheidungsgründen des Reichsgerichts Beweis erhoben,

A. 1. darüber, dass der Kläger, als er am 12. 11. 1905 seine Ehefrau in die Königliche psychiatrische und Nervenlinik in Kiel brachte, dem Zeugen mitgeteilt hat, sie habe bei der Eisenbahnfahrt nach Kiel zweimal versucht, aus dem Zuge zu springen;

2. dass der Kläger, als er im Jahre 1903 seine Ehefrau bei ihrer ersten Erkrankung der Nervenlinik zuführte, dem Zeugen als Anstaltsleiter mitgeteilt hat, dass seine Frau verschiedentlich versucht habe, zu Hause aus dem Fenster zu springen;

3. darüber, dass in andern modern eingerichteten Nervenanstalten Fenster in völlig unauffälliger Weise angebracht sind, welche ein Herausspringen unmöglich machen;

B. darüber, dass besondere Sicherungsvorkehrungen in der sogen. offenen Station nicht getroffen, insbesondere die Fenster nicht so eingerichtet werden konnten, dass ein Herausschlüpfen unmöglich war, weil die Kranke nicht an der Art ihrer Erkrankung erinnert werden solle und es zur Förderung der Heilzwecke erforderlich erschien, alles Auffällige in der Umgebung der in der offenen Station untergebrachten Kranken zu vermeiden, dass aus demselben Grunde — beziehungsweise weshalb — davon abgesehen wurde, die Kranke beim Aufsuchen des Klosetts zu überwachen. Die zu 1. und 2. vernommenen Zeugen Dr. Glasow und Professor Siemerling konnten aus eigener Erinnerung über die neuerlichen von S. aufgestellten Behauptungen nichts angeben. Professor Siemerling überreichte die beglaubigte Abschrift der Krankengeschichte über die beiden Aufenthalte der Frau S. in der Klinik nebst den von dem Mann, der Mutter der Patientin und dem einweisenden Arzte gegebenen anamnestischen Daten.

Diese Krankengeschichte hat uns schon bei der ersten Begutachtung vorgelegen. Es ergibt sich aus der nach den Angaben S. niedergeschriebenen Anamnese nichts über einen zweimaligen Versuch aus dem Zuge zu springen. Der in Betracht kommende Schlusspassus der Anamnese des Mannes sei hier nochmals wiederholt: „Ist noch ganz gut. Stuhlgang schlecht. Keine Suizidgedanken. Unterwegs unruhig, Versuch aus dem Zuge herauszuspringen. Ref. meint, es seien dieselben Symptome, wie vor zwei Jahren, nur milder. Heute Weinen und ausnehmend traurig. Behauptet, sie sei ganz gesund“.

Was die von dem Gatten S. behauptete Suizidgefährlichkeit seiner Frau während der ersten Erkrankung im Jahre 1903 und die Mitteilung

davon an die Aerzte der Kieler Klinik anlangt, so findet sich in dem ausführlichen Aufnahmeattest des Dr. med. H. kein Hinweis darauf. Er begründet die Aufnahmebedürftigkeit der Frau S. lediglich damit, dass es zu Hause an geeigneter Pflege mangle und eine Heilung in einer Nervenheilanstalt mehr Erfolg verspreche. Die recht ausführliche Anamnese des Mannes, die ein anschauliches Bild von dem Verhalten der Kranken bei ihrer ersten Erkrankung gibt, erwähnt, dass die Kranke zuweilen sehr abweisend gewesen sei, dass sie dem Mann einmal eine Tasse aus der Hand geschlagen habe, dass die Nächte meist sehr unruhig gewesen seien; es ist aber nirgends ein Versuch, aus dem Fenster zu springen, erwähnt. Es heisst vielmehr ausdrücklich, Selbstmordideen hat Patientin nie geäussert. Auch die von der Mutter im Jahre 1903 gegebene Anamnese enthält nichts über Suizidabsichten; dagegen machte sie eine im Hinblick auf die in unserem früheren Gutachten zum Ausdruck gebrachte Aeusserung wichtige Angabe, dass ihre Tochter früher aus geringen Anlässen meistens infolge Aerger Anfälle bekommen habe, in denen sie sich auf die Erde warf, mit den Händen um sich schlug und die Umgebung scheinbar nicht kannte.

Auch die Krankengeschichte des damaligen Aufenthaltes enthält keinen Hinweis auf Suizidabsichten der Kranken. Die Patientin berichtet in ihrer retrospektiven Betrachtung der Erkrankungszeit während der Rekonvaleszenz wohl davon, dass ihr alles merkwürdig vorgekommen sei, dass sie geglaubt habe, alle sollten umgebracht werden und ähnliches, aber nichts davon, dass sie selbst in irgend einer Weise Hand an sich habe legen wollen.

Es sei aus der Krankengeschichte von 1903 noch hervorgehoben, dass die Kranke am Tage vor der Verlegung nach der Villa und auch nach der Verlegung noch nicht zu einer sicheren Orientierung über die Personen ihrer Umgebung und über den Ort ihres Aufenthaltes gelangt war.

Zu der 3. Frage des Beweisbeschlusses äussert sich Dr. Lienau als Zeuge dahin, dass seine Anstalt in eine geschlossene und eine offene zerfalle. In der geschlossenen Abteilung seien die Fenster so verschlossen, dass es für einen Kranken unmöglich sei, sich aus dem Fenster zu stürzen. In der offenen Abteilung seien Massregeln für diesen Fall nicht getroffen. Die Fenster lassen sich leicht öffnen, die offene Abteilung mache durchaus den Eindruck eines Hotels. Grössere Sicherheitsmassregeln als in einem solchen seien nicht getroffen. Allerdings befinde sich die offene Abteilung im Hochparterre. Drehfensterflügel würden auf der offenen Abteilung vermieden, weil die Kranken bald den Zweck bemerkten und sich darüber erregten.

Zu B. des Beweisbeschlusses bemerkt der als Zeuge vernommene Professor Dr. Siemerling, dass man bei der Behandlung Gemütskranker allgemein dazu übergegangen sei, offene Stationen zu errichten, und die Kranken, soweit es mit ihrem Zustande vereinbar sei, dort unterzubringen, damit sie die Empfindung haben, nicht unter einem Zwange zu stehen und weil hieraus eine Förderung des Heilzweckes zu erwarten sei. Sicherheitsmassregeln werden aus demselben Grunde vermieden, auch von einer Ueberwachung beim Aufsuchen des Klosetts werde abgesehen. Es solle in der offenen Abteilung vermieden werden, dass die Kranken misstrauisch und ängstlich gemacht würden. Dass die offene Abteilung im ersten Stock untergebracht sei, teile sie mit anderen öffentlichen und privaten Anstalten.

#### Gutachten.

Zu Frage 1. Die vom Berufungsgericht angestellten neuen Erhebungen haben die in Beweis gestellte Behauptung, dass die Frau S. auf der Fahrt nach Kiel zweimal versucht habe, aus dem Zuge zu springen, dass vor der ersten Erkrankung die Kranke mehrmals aus dem Fenster zu springen versucht habe, nicht bestätigt.

Was zunächst die Krankengeschichte der Klinik über die erste Erkrankung anlangt, so enthält der Teil, welcher die Angaben des Klägers, der Mutter der Patientin und des einweisenden Arztes wiedergibt, unter den zahlreichen Einzelheiten, die er bringt, nichts von den Versuchen, aus dem Fenster zu springen oder anderen ähnlich zu bewertenden Vorgängen. Die Notiz „Selbstmordideen hat Patientin nie geäussert“ spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür, dass in dieser Richtung gefragt worden ist, und es ist bei der im übrigen sachverständig und eingehend aufgenommenen Anamnese anzunehmen, dass, wenn so wichtige Punkte, wie Selbstmordversuche durch Sturz aus dem Fenster erwähnt worden wären, diese auch zur Registrierung gekommen wären.

Wie die Anamnese, so enthält auch die Krankengeschichte des ersten Aufenthaltes keinen Hinweis auf Selbstbeschädigungsversuche oder auf Selbstmordabsichten der Kranken.

Auch die katamnestischen Angaben der Patientin in der Rekonvaleszenz enthalten nichts davon, dass sie suizidale Gedanken während der Erkrankung gehabt hätte.

Bemerkenswert ist, dass der psychische Zustand der Kranken auch zur Zeit der damaligen Verlegung auf die offene Villa noch keineswegs völlig frei war, da sie noch nicht zu einer sicheren Orientierung über Ort und Person gelangt war.

Die eigentliche Rekonvaleszenz stellte sich damals, wie wir schon

in unserem früheren Gutachten ausgeführt haben, im Anschluss an die Verlegung und den Besuch des Mannes ein. Auch für die zweite aufgestellte Behauptung, dass die Frau S. auf der Fahrt zweimal versucht habe, aus dem Zuge zu springen, ist durch die Vernehmung kein Beweis erbracht worden. Die den Bericht des Klägers wiedergebende Anamnese enthält wieder die Notiz, dass zu Hause keine Suizidideen geäußert worden sind, dass die Kranke unterwegs unruhig geworden sei und aus dem Zug herauszuspringen versucht habe; ein zweimaliger Versuch wird nicht erwähnt. Der Tenor der Anamnese, die wohl wie üblich die Äußerungen des Referenten chronologisch wiedergibt und direkt hinter „unterwegs unruhig, Versuch aus dem Zuge zu springen“ fortführt, „Ref. meint, es seien dieselben Symptome wie vor zwei Jahren, nur milder“, scheint darauf hinzuweisen, dass der Kläger damals bei der Angabe der Anamnese diesem Vorfall eine weniger erhebliche Bedeutung beigelegt hat, als später.

Für den Leiter der Klinik lag die Beurteilung des Zustandes der Frau S. zur Zeit der Verlegung in die Villa also unter Zugrundelegung der Krankengeschichte folgendermassen: Es war ihm bekannt, dass Frau S. unter ganz ähnlichen Erscheinungen zwei Jahre zuvor erkrankt, von dieser Erkrankung auf der offenen Villa genesen war, nachdem sie zuvor etwa 11—12 Tage auf der Wachstation seiner Klinik gelegen hatte. Die Genesung war damals sehr schnell anschliessend an die Verlegung und den Besuch des Mannes eingetreten. Suizidale Tendenzen hatten damals keine Rolle gespielt. Auch in der Zwischenzeit hatten bei den leichteren Anfällen trauriger Verstimmung zu Hause keine Selbstmordtendenzen bestanden, ebensowenig im Beginn der zweiten Erkrankung. Nach der Schilderung war das Bild zur Zeit der zweiten Erkrankung im wesentlichen dasselbe wie damals. Es bestand für ihn, als die Kranke um Verlegung nach der Villa bat, die Frage: Ist nach dem Bericht des Mannes, dass die Frau unterwegs auf der Fahrt nach Kiel aus dem Zuge springen wollte, ein länger dauerndes Bleiben auf der Wachstation erforderlich wegen der darin zum Ausdruck kommenden Selbstmordtendenz? oder war er berechtigt, den bei der Kranken bewährten Heilfaktor der Verlegung nach der offenen Villa schon jetzt eintreten zu lassen? Zu dieser Frage ist zunächst folgendes zu sagen. Wir haben schon in unserem früheren Gutachten darauf hingewiesen, dass es sich bei der Erkrankung der Frau S. nicht um ein Schulbild der Melancholie gehandelt hat und dass die Beweisführung des Kreisphysikus Dr. Erman nicht als zwingend erachtet werden kann, der eine Bewachung der Kranken, beziehungsweise ein Verbleiben in einem gesicherten Raum als notwendig erachtete, 1. weil ein unvermuteter

Selbstmordversuch bei derartigen Kranken immer in der Möglichkeit liege und 2. im besonderen bei Frau S., weil sie kurz zuvor, nämlich am 12. 11. bereits den Versuch gemacht habe, aus dem fahrenden Eisenbahnzug zu springen.

Demgegenüber ist auf die Tatsache, die jedem psychiatrisch Erfahrenen bekannt ist, hinzuweisen, dass die Mehrzahl melaucholischer Depressionen und zwar auch solcher mit Suizidideen de facto in offenen Sanatorien behandelt wird, und dass es in sehr vielen Fällen eine erhebliche Schädigung des Gesundheitszustandes bedeuten würde, wenn solche besonnenen depressiv Erkrankten einer geschlossenen Anstalt überwiesen würden. Ein Schematismus derart, dass jeder depressiv Erkrankte, der gelegentlich Suizidideen hat, sofort scharf überwacht oder einer geschlossenen Anstalt überwiesen werden müsste, würde therapeutisch verfehlt und eine undurchführbare Grausamkeit sein. Es ist Sache der sachverständigen Beurteilung, im Einzelfall die Suizidgefahr und die Notwendigkeit der Behandlung in der geschlossenen Anstalt abzuschätzen. Auch die Tatsache, dass eine Kranke einige Tage zuvor einen Versuch aus dem fahrenden Eisenbahnzug zu springen gemacht, erlaubt an sich nicht hierin ohne weiteres den Ausdruck bewusster und dauernder Selbstmordabsicht zu sehen und die Frage von vornherein im Sinne der Notwendigkeit entsprechender Ueberwachung zu beantworten. Der Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung ist eine von den Angehörigen, wie von den urteilsfähigen Patienten so schwer empfundene Massnahme, dass der Klinikleiter schon aus diesen Gründen zu der sorgfältigsten Prüfung der Notwendigkeit des Aufenthalts verpflichtet ist. Es wäre psychiatrisch als ein oberflächliches Vorgehen zu verurteilen, lediglich deshalb, weil vor drei Tagen unter äusserlich wesentlich anders liegenden Umständen ein vielleicht als Selbstmordabsicht aufzufassender Vorfall sich abgespielt hat, sich dieser Prüfung zu entziehen. — Wir haben in unserem früheren Gutachten schon darauf hingewiesen, dass bei Frau S. die Verhältnisse tatsächlich insofern besonders lagen, und eine solche Prüfung besonders nahelegten, weil eine psychogene hysterische Komponente in dem Krankheitsbilde unverkennbar ist. Dieser hysterische Einschlag ergibt sich aus der schon in unserem früheren Gutachten erwähnten Neigung der Patientin, auf affektive Erlebnisse, z. B. einen Wortwechsel mit dem Bruder, mit ohnmachtsartigen Anfällen und Delirien zu reagieren. Es ergibt sich weiter aus der Angabe der Mutter der Frau S., dass die Patientin aus geringen Anlässen infolge Aergers Anfälle bekam, in denen sie sich zur Erde warf, um sich schlug, die Umgebng nicht zu kennen schien, dabei aber hörte, was gesprochen wurde. Weiter spricht für einen solchen

hysterischen Einschlag die eigenartige traumhafte Benommenheit, wie die ausgesprochene Beeinflussbarkeit der Kranken während ihrer beiden Depressionszustände. Die Aufhellung der ersten in der Kieler Klinik durchgemachten Erkrankung schliesst sich an die Verlegung nach der Villa und an den Besuch des Mannes an; bei dem Ausbruch der ersten Erkrankung, wie auch bei der zweiten, sind affektive Momente, Besuch einer Verwandten, Abreise der Mutter von Einfluss auf die Gestaltung der Erkrankung.

Das Vorhandensein eines solchen hysterischen Temperamentes ist für die praktische Beurteilung des Falles in dreifacher Hinsicht wichtig. 1. lag darin für den behandelnden Arzt ein Hinweis für die Beurteilung der Affektintensität der Depression. Der hysterische Affekt pflegt, wie sich eben aus der Beeinflussbarkeit durch äussere Umstände ergibt, kein nachhaltiger und kein sehr tiefgehender zu sein. Die Suizidgefahr spielt hier erfahrungsgemäss eine ganz untergeordnete Rolle, ja es kann sogar therapeutisch geboten sein, Suizidäusserungen zu ignorieren. 2. Das Vorhandensein hysterischer Symptome konnte mit Recht zu der Auffassung führen, wie wir in unserem Gutachten schon ausführten, in dem Versuch aus dem Zuge zu springen, eine psychogene paroxysmale Steigerung zu sehen, der für die Dauerbeurteilung des Falles keine wesentliche Bedeutung zukam. 3. machte es das Vorliegen hysterischer Symptome und der Nachweis der Abhängigkeit der Intensität der Krankheitsercheinungen von der Umgebung dem Arzte besonders zur Pflicht, einer in dieser Hinsicht günstigen Gestaltung der äusseren Umgebung seine Aufmerksamkeit zu widmen.

Die Berücksichtigung dieser drei Punkte konnte unseres Erachtens den Klinikleiter bei Erwägung der Verlegungsfrage mit Recht zu der Entscheidung bringen, die Verlegung nach der offenen Station vorzunehmen, umsomehr, als er bei der ersten Erkrankung den therapeutisch günstigen Einfluss beobachtet hatte. Eine Suizidgefahr hielt er nicht für vorliegend, da er berechtigt war, in dem Vorfall im Zug eine paroxysmale hysterische Affektreaktion auf die mit der Verlegung nach der Klinik verbundene Erregung zu erblicken, und weil der Verlauf der früheren Erkrankung und der in der Zwischenzeit sich abspielenden leichten psychischen Störungen keine Anhaltspunkte für Suizidneigung boten. Das sich aus der Kürze der Zwischenzeit zwischen dem Vorfall auf der Reise und der Verlegung ergebende Bedenken, auf das die Reichsgerichtsentscheidung hinweist, braucht für den Klinikleiter nicht zwingend zu sein. Er konnte sich auf die Kenntnis des früheren Verlaufes, seine damaligen, wie der Erfolg zeigte, zutreffende Beurteilung des Falles und auf die anerkannte klinische Erfahrung beziehen, dass

im allgemeinen derartige hysterisch-depressive Erkrankungen in ihrem Grundcharakter bei wiederholtem Auftreten sich nicht ändern, wenigstens nicht in der Altersphase, in der sich die Kranke befand.

Gegenüber dem weiteren Einwand des Reichsgerichts, der Klinikleiter hätte sich sagen müssen, dass ebenso wie die Erregung über die Fortschaffung in die Klinik, auch die Festhaltung in der Klinik zum Selbstmord führen konnte, ist zu bemerken, dass das Verhalten der Kranken in der Klinik zu einer solchen Auffassung keine Veranlassung gab. Es unterschied sich symptomatologisch nicht von dem Verhalten bei der früheren Erkrankung. Auch ist für die Auffassung des Klinikleiters auf die Erfahrung zu verweisen, dass ganz ausserordentlich häufig gerade bei solchen hysterisch-psychopathisch veranlagten Individuen mit der Vollendung der Einlieferung in die Klinik die vorher bestehende Angst und Abwehrreaktion schnell abklingt. Es ist deshalb auch kein Widerspruch, wie die Reichsgerichtsentscheidung zu glauben scheint, wenn in unserem Gutachten von einem beruhigenden Einfluss des Aufenthalts in der Klinik die Rede ist, obwohl sich die Kranke auf der Reise gerade vor der Verbringung dahin gefürchtet haben sollte. In unserem früheren Gutachten haben wir für die Berechtigung des Klinikleiters zu seiner Massnahme noch den Eintritt einer gewissen Aufhellung des traumhaften Zustandes angeführt. Wenn in der Kritik der Reichsgerichtsentscheidung, dass das Wort „gewissen“ in Anführungszeichen gesetzt wird, zum Ausdruck gebracht werden soll, dass es eben doch noch keine vollständige Aufhellung gewesen ist, so sei darauf hingewiesen, dass auch bei der ersten Verlegung auf die Villa die Orientierung der Kranken noch beirrt war, und dass diese mit der hysterischen Grundverfassung in Zusammenhang stehende Bewusstseinsstrübung gerade ein Symptom war, dessen Beseitigung durch die von der Patientin gewünschte Verlegung auf die Villa mit Recht erwartet werden konnte.

Zu der Frage, ob der Leiter der Klinik, auch wenn er die Kranke nicht mehr für selbstmordverdächtig hielt und nicht mehr zu halten brauchte, nicht dennoch Vorsichtsmassregeln zu treffen verpflichtet war, ist folgendes zu sagen.

Da Prof. Siemerling nach seiner Aussage die Kranke nicht mehr für selbstmordverdächtig hielt und unseres Erachtens nach Lage der ihm zur Verfügung stehenden Daten berechtigt war, sie nicht mehr für selbstmordverdächtig zu halten, so lässt sich die Frage dahin formulieren, ob er befugt war, die Möglichkeit eines Irrtums für so unwahrscheinlich zu halten, dass er bei Verlegung auf die offene Station auf Sicherheitsmassregeln verzichten durfte. Von dem Medizinalkollegium ist diese Frage verneint worden im Hinblick auf die Vorgänge vor der

Aufnahme, auf die erst dreitägige Beobachtung, die am 15. noch vorhandene depressive Stimmung und den noch bestehenden Mangel an natürlichem Schlaf. Das Medizinalkollegium lässt dabei ausser Betracht, dass für den klinischen Direktor zu der dreitägigen Beobachtung die Kenntnis der früheren Erkrankung und das ihm bekannt gewordene Verhalten der Patientin in der Zwischenzeit hinzukam, und beachtet weiterhin überhaupt nicht die hysterische Komponente in dem Zustandsbilde der Kranken. Gerade diese Komponente liess eine andere Beurteilung der depressiven Stimmung und der Schlafstörung zu und berechtigte den Prof. Siemerling aus den mehrfach angeführten Gründen, den depressiven Symptomenkomplex den übrigen Behandlung erfordernden krankhaften Erscheinungen unterzuordnen. Er durfte deshalb die Möglichkeit eines Irrtums für sehr gering halten. Mit einer gewissen Möglichkeit des Irrtums über den psychischen Zustand ist aber bei der Unzulänglichkeit menschlicher Erkenntnis selbstverständlich immer zu rechnen. Es kann aber nicht die Aufgabe sein, dieses Bewusstsein der Unvollkommenheit menschlicher Erkenntnis an die Spitze der ärztlichen Massnahmen zu stellen. Ein erfolgreiches ärztliches Handeln ist in manchen Fällen in der Psychiatrie ebensowenig ohne ein gewisses Wagnis denkbar wie in der Chirurgie. Die Möglichkeit eines Irrtums in der Beurteilung der Selbstmordgefahr muss unter Umständen zurückgestellt werden dürfen gegenüber den Erwartungen, die in therapeutischer Hinsicht von einer ärztlichen Massnahme gehegt werden. Gerade bei Erkrankungen, bei denen psychische Einflüsse für den Verlauf einschneidende Bedeutung haben, also überall wo hysterische und andere psychogene Einschlüsse vorhanden sind, stellt die Behandlung nicht selten den Klinikleiter vor ein gewisses Risiko. Der ungünstige Einfluss, den der Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung oder überhaupt das Bewusstsein einer besonderen Ueberwachung auf die Erkrankung ausüben kann, kann für den Arzt die Nötigung erhalten, frühzeitiger, als er sonst vielleicht täte, die Verlegung auf die offene unüberwachte Abteilung vorzunehmen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass eine solche Entscheidung nur von einem Psychiater, dem eine grosse Erfahrung auf dem Spezialgebiet zur Seite steht, getroffen werden kann. Es ist deshalb mit Recht üblich, dass in den psychiatrischen Kliniken die Verlegung von der geschlossenen nach der offenen Abteilung nur von dem Direktor selbst oder dem Oberarzt in seiner Vertretung angeordnet wird. Dieser Forderung ist hier entsprochen worden. Der Direktor selbst hat die Verlegung angeordnet, wie die Zeugenaussagen ergeben. Es muss darauf hingewiesen werden, dass es einen Unterschied bedeutet, ob ein in jahrzehntelanger spezialistischer Erfah-



zung erprobter Klinikleiter eine solche Anordnung trifft oder ein Arzt mit geringer Spezialerfahrung. Dem ersteren wird, wenn Fahrlässigkeit auszuschliessen ist — und diese darf nach der sorgfältigen Führung der Krankengeschichte hier ausgeschlossen werden — eine Berücksichtigung von vielfältigen Erfahrungen von vornherein zuzuerkennen sein, welche dem weniger Sachverständigen abgehen. Es liegt hier nicht anders als in der Chirurgie. Eine misslungene Operation, die von der Hand eines Fachchirurgen ausgeführt, berechtigt sein kann, kann, wenn von einem nicht oder weniger Sachverständigen ausgeführt ein Verschulden bedeuten, wenn der Operateur sich sagen musste, dass die technischen Anforderungen über seine Erfahrungen hinausgehen.

Im vorliegenden Falle durfte der Direktor der Klinik auf Grund der Spezialkenntnis des Falles und der langjährigen klinischen Erfahrung, die ihm in der Behandlung solcher Fälle zur Seite stand, die Möglichkeit eines Irrtums hinsichtlich der Selbstmordgefahr für so geringfügig halten gegenüber den Vorteilen, die er von der offenen Behandlung erwartete, dass er sie vernachlässigen durfte. Die Anordnung einer Sonderbewachung auf der offenen Station würde gerade den Heilerfolg, der bei der von psychogenen Einflüssen abhängigen Kranken durch die Verlegung auf die offene Station erzielt werden sollte, in Zweifel gesetzt haben. Der Klinikleiter durfte sich bei seiner Beurteilung des Falles mit der Beaufsichtigung begnügen, wie sie auf einer solchen Station durch das Zusammenliegen mit einer anderen Kranken, durch das auf der Station vorhandene Pflegepersonal und die ärztlichen Besuche gegeben ist.

2. Die Frage, ob die Beschaffenheit der offenen Station, mit Rücksicht darauf, dass sie im ersten Stock eingerichtet war und besonders Anweisungen für die Bewachung und Beobachtung der Kranken nicht getroffen wurden, den Anforderungen entspricht, welche an die Unterbringung von Kranken von der Art der Frau S. zu stellen sind, ist dahin zu beantworten, dass die offene Station zur Behandlung selbstmordverdächtiger Kranker an sich überhaupt nicht in Betracht kommen soll. Es ist darin der Äusserung des Prof. Siemerling, wie wir schon in unserem früheren Gutachten sagten, zuzustimmen, dass er, wenn er bei der Kranken mit der Möglichkeit eines Suizids hätte rechnen müssen, sie überhaupt nicht auf die offene Station legen durfte. Weil wir diese Ansicht vertreten, lag für uns kein Grund vor, in eine Prüfung der vom Medizinalkollegium diskutierten Frage einzutreten, ob das Wartepersonal und die Sicherungsvorrichtungen eine ausreichende Ueberwachung der offenen Station gewährleisteten. Die Gründe, aus denen Professor Siemerling mit der Möglichkeit eines Suizids und eines

Irrtums seiner Beurteilung nicht zu rechnen brauchte, sind oben dargelegt.

Die Frage, ob lediglich auf die allgemeine Möglichkeit hin, dass Irrtümer in der Beurteilung der Suizidgefährlichkeit von Kranken möglich sind, die Einrichtung der offenen Station mit Sicherungsvorkehrungen zu versehen seien, ist in Betrachtung der Heilzwecke der offenen Station zu verneinen. Die Gründung offener Stationen an psychiatrischen Kliniken und Heilanstalten ist ein notwendiges Ergebnis der therapeutischen Erfahrungen über die Bedeutung der Zwangsmassregeln in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Es kann als ein durch die Erfahrungen des letzten Jahrhunderts gesicherter Satz gelten, dass mit der zunehmenden Beseitigung der Zwangsmassregeln aus der Therapie der Geisteskrankheiten die Heilerfolge hinsichtlich der Heilung und Sozialisierung Geisteskranker besser geworden sind. Es hat sich notwendig erwiesen, in einzelnen Fällen von psychischer Erkrankung von einer geschlossenen Behandlung im Interesse der Heilung überhaupt abzusehen. Es gibt Kranke, bei denen unter dem Einfluss der geschlossenen Behandlung und dauernden Ueberwachung die Neigung zu Fluchtversuchen, zu Selbstbeschädigungen und Suizidversuchen geradezu hervorgerufen wird. Weiterhin gibt es eine grosse Anzahl psychischer Erkrankungszustände, für welche zwar eine psychiatrische Behandlung geboten, aber der Aufenthalt in der geschlossenen Anstalt nicht erforderlich, ja unter Umständen als direkt schädlich kontraindiziert ist. Es gehört hierher die grosse Zahl der sogenannten Grenzzustände, Zwangsneurosen, leichte manisch-depressive Zustände, hysterische und andere psychopathische Konstitutionen. Bei allen solchen Kranken ist unter Umständen mit dem episodischen Auftreten ausgesprochener psychischer Störungen zu rechnen. Die Mehrzahl dieser Kranken würde ebenso wie ihre Angehörigen zur Einleitung der notwendigen Behandlung sich nicht bestimmen lassen, wenn nur die geschlossene Abteilung für die Behandlung in Betracht käme.

Die offenen Stationen haben sich auch als notwendig erwiesen für manche in der Rekonvaleszenz befindliche psychische Kranke. Gerade ihre Behandlung zeigt häufig den Wert der offenen Station augenfällig, wenn eine Rekonvaleszenz, die unter dem Einfluss des geschlossenen Regimes nicht vorwärts gehen will, durch Verlegung auf die offene Station rasche Fortschritte macht.

Bei dem äusseren Ausbau der offenen Stationen ist, auch das hat die Erfahrung gelehrt, an die Spitze zu stellen die grosse Empfindlichkeit des Publikums gegen alles, was nach Freiheitsbeschränkung oder Geisteskrankenbehandlung aussieht. Gerade bei den hier in Betracht kommenden

Kranken und häufig auch bei ihren Angehörigen pflegt aus psychologisch einleuchtenden Gründen diese Empfindlichkeit besonders stark entwickelt zu sein. Nur eine den gewohnten und natürlichen Wohnverhältnissen entsprechende Unterbringung ist geeignet, gesundheits-schädigende Erregungen zu vermeiden und die therapeutischen Interessen zu fördern. Es ist deshalb allerorten, wo offene Stationen eingerichtet sind, mit Recht davon abgesehen worden, Tür- und Fenster-schlüsse mit besonderer Sicherung und offene nicht verschliessbare Klosetträume anzulegen.

Es ist kein Zweifel, dass durch die Einrichtung der offenen Stationen für die Aerzte eine erhebliche Erschwerung und eine Vermehrung der Verantwortlichkeit erwachsen ist gegenüber der Zeit, wo man die psychisch Kranken mehr oder weniger wahllos auf der geschlossenen Abteilung hielt. Der Arzt muss eine sehr viel eingehendere Kenntnis der einzelnen Patienten haben, um ein Urteil über die Verlegungsfähigkeit zu haben. Dass diese Nötigung zu eingehender Kenntnisnahme von dem Geisteszustande rückwirkend von günstigem Einfluss für die therapeutischen Massnahmen ist, ist selbstverständlich. Tatsächlich ist keineswegs etwa eine Zunahme der Selbstmorde oder Selbstmordversuche in den mit solchen offenen Abteilungen versehenen Heilanstalten zu verzeichnen. Es würde sonst nicht die Ansicht aller sachverständigen Kreise einheitlich dahin gehen, dass eine Beibehaltung der offenen Stationen unbedingtes Erfordernis einer sachgemässen psychiatrischen Therapie ist.

Die Erfahrung, dass eine Zunahme der Selbstmorde in den psychiatrischen Kliniken und von Psychiatern geleiteten Anstalten trotz der freien Behandlung nicht zu verzeichnen ist, ist wichtig im Hinblick auf die in Laienkreisen und auch in der Reichsgerichts-begründung zum Ausdruck kommende Anschauung von der Unberechenbarkeit psychischer Kranker. Gewiss kommen bei Geisteskranken auch dem Psychiater unerwartete Stimmungsschwankungen, unberechnete Impulsivhandlungen vor, — der vorliegende Fall ist ja gerade ein Beispiel dafür — aber es ist durchaus die Regel, dass die psychiatrische Erfahrung und die Analyse der im Einzelfall vorliegenden Krankheitssymptome die Verlaufsprognose, soweit die Frage, ob offene oder geschlossene Behandlung indiziert ist, in Betracht kommt, richtig stellen lässt. Die Unberechenbarkeit der psychisch Kranken ist mit dem zunehmenden Fortschreiten der Kenntnis der Klinik der Geisteskranken geringer geworden, und sie ist — das zeigen die Erfahrungen — zur Zeit keineswegs so erheblich, dass die Behandlung in offenen Abteilungen als verfrühter und gefährlicher Versuch zu bezeichnen wäre. Es wäre im Interesse der weiteren

Entwicklung der psychiatrischen Therapie bedauerlich, wenn vereinzelte aus der Unvollkommenheit menschlicher Erkenntnis hervorgegangene Unglücksfälle dazu führen würden, eine erprobte Behandlungsweise durch eine den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht werdende Prononanzierung des Sicherheitsstandpunktes gegenüber dem Heilzweck zu behindern.

Es ist auch gegenüber dem Bedenken, dass die offene Abteilung im ersten Stock eingerichtet ist, dass das Klosettfenster wenigstens hätte so eingerichtet werden sollen, dass ein Durchschlüpfen einer Person hätte verhindert werden können, der Standpunkt der klinischen Erfahrung geltend zu machen, dass wirkliche Sicherungsmassregeln auf die offene Abteilung nicht gehören, weil diese sonst ihren Zweck verfehlt und dass halbe Sicherungen nichts nützen. Wird tatsächlich infolge eines ärztlichen Irrtums oder einer Fahrlässigkeit ein suizidgefährlicher Kranker auf die offene Station verlegt, so kann er sich beim Sprung aus dem offenen Parterrefenster allerdings weniger leicht eine schwere Schädigung zufügen, als wenn er aus dem ersten Stock herausspringt, aber er wird andererseits auf der offenen Abteilung zahlreiche andere Möglichkeiten, sein Leben zu gefährden, finden. Dasselbe gilt von dem Klosettfenster. Ist das Fenster verschlossen, so bleibt dem Kranken, indem ihm der Impuls erwacht, die Erhängungsmöglichkeit im Klosett, es bleiben ihm die vielen nicht verschlossenen Fenster und vieles andere.

Halbe Sicherungen haben, abgesehen davon, dass sie leicht den notwendigen Eindruck der freien Behandlung wieder zerstören können, erfahrungsgemäss das Bedenken, dass sie geeignet sind, falschen Vorstellungen über die Selbstmordsicherung auf einer gewissen Laxheit in der Auswahl der für die offene Station geeigneten Kranken Raum zu geben, während es gerade von besonderer Wichtigkeit ist, dass für den Arzt bei der Auswahl der Kranken keine Unklarheit darüber besteht, dass durch die baulichen Verhältnisse der offenen Station eine Sicherung gegen Selbstmord oder Selbstbeschädigung nicht gegeben ist und nicht gegeben sein soll.

Wir geben deshalb unser Obergutachten dahin ab,

1. dass es im Hinblick auf die besonderen Umstände des Falles, insbesondere den aus der Krankengeschichte ersichtlichen Zustand der Frau S. nicht als Verstoss gegen die anerkannten Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft anzusehen ist, dass Professor Dr. Siemerling am 15. November ihre Ueberführung in die offene Station angeordnet hat, ohne für besondere Beaufsichtigung zu sorgen,

2. dass die Beschaffenheit der offenen Station auch im Hinblick darauf, dass sie im ersten Stock eingerichtet ist und besondere An-

weisungen für die Bewachung nicht getroffen waren, den Anforderungen entspricht, welche an die Unterbringung von Kranken von der Art, wie sie der klinische Direktor — allerdings irrtümlich — bei der Frau S. als vorliegend erachten durfte, zu stellen sind.

gez. Kirchner, Rubner, Moeli, Orth, Kraus, Bumm, Bier,  
Heffter, Dr. Saenger, Krohne, Strassmann, Bonhoeffer,  
Hildebrand, Loeffler.

Am 29. 10. 1914 wurde folgendes Urteil verkündet:

Im Namen des Königs!

In Sachen des Königlich Preussischen Staatsfiskus, vertreten durch  
den Kurator der Universität Kiel,

Beklagten und Berufungsklägers,

— Prozessbevollmächtigte: Justizrat Dr. Abraham und Dr. Köhler  
in Kiel —

gegen den

Redakteur E. S. in I.

Kläger und Berufungsbeklagten,

— Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. Stahmer in Kiel —  
wegen Schadenersatzes

hat der erste Zivilsenat des Königlichen Oberlandesgerichts in Kiel auf  
die mündliche Verhandlung vom 22. 10. 1914 unter Mitwirkung des  
Oberlandesgerichtspräsidenten Wirklichen Geheimen Oberjustizrats  
Kirchner und der Oberlandesgerichtsräte Lüders, Löhmann, Dr.  
Kirschstein, Dr. Bruck für Recht erkannt:

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil der zweiten Zivil-  
kammer des Königlichen Landgerichts in Kiel vom 23. 2. 1910 dahin  
abgeändert:

Der Kläger wird mit der erhobenen Klage abgewiesen und verur-  
teilt, die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Dies Urteil ist vorläufig vollstreckbar, jedoch wird dem Kläger  
nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung von  
1200 M. — eintausendzweihundert Mark — abzuwenden.

Tatbestand.

Die Ehefrau des Klägers wurde am 12. 11. 1905, weil sie vorüber-  
gehend geisteskrank war, in die Königliche Psychiatrische Nervenlinik  
der Universität Kiel gebracht, wo sie bereits im Jahre 1903 behandelt  
war. Sie hat hier am 16. 11. 1905 morgens einen Selbstmordversuch  
gemacht, indem sie sich aus dem Fenster des Klosetts auf der im  
ersten Stockwerk der sogenannten Villa befindlichen offenen Station

hinausstürzte, wodurch sie schwere Verletzungen sich zuzog. Der Ehemann der Verletzten nimmt den Preussischen Staatsfiskus für die Folgen der entstandenen Verletzung in Anspruch, indem er behauptet, es liege ein Verschulden des Anstaltsleiters, des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Siemering vor, der die Kranke nicht habe auf die offene Station legen dürfen, und es liege eine mangelhafte Einrichtung dieser zum Aufenthalt von Geisteskranken bestimmten Räumlichkeiten vor, insbesondere indem nicht einmal im Klosett die Fenster so eingerichtet seien, dass ein Hinausstürzen unmöglich sei.

In erster Instanz ist die Klage dem Grunde nach für berechtigt erklärt worden. Gegen dies am 23. 3. 1910 zugestelltes Urteil ist durch einen am 16. 4. 1910 beim Oberlandesgericht eingereichten Schriftsatz Berufung eingelegt. Hierauf ist in der zweiten Instanz in Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage abgewiesen worden, dieses Urteil ist aber im Wege der Revision vom Reichsgericht aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an den jetzt erkennenden Senat des Berufungsgerichts zurückverwiesen.

In der weiteren Verhandlung hat der Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen, während vom Kläger der Antrag gestellt ist, die Berufung zurückzuweisen und für den Fall der Zurückweisung der Berufung dem Kläger nachzulassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung abzuweisen.

Das angefochtene Urteil nebst der Krankengeschichte von 1903 und 1905 (Blatt 73 und Blatt 48—55, Band I) und dem Krankheitsattest des Dr. H. vom 7. 11. 1903 sowie der erstinstanzlichen Beweisaufnahme ist vorgetragen und wird hierauf verwiesen.

Der Beklagte hat erklärt, es werde bestritten, dass der Leiter der Klinik verfassungsmässig berufener Vertreter des Fiskus sei, es solle aber nicht bestritten werden, dass er berechtigt sei, selbständig über die Aufnahme und Entlassung der Kranken zu entscheiden und die Verpflegungskosten festzusetzen. Bei der Auswahl der behandelnden Aerzte sei die erforderliche Sorgfalt angewendet.

Vom Anstaltsleiter sei im vollen Umfange die erforderliche Sorgfalt angewendet, auch sei die Anstalt sachgemäss und entsprechend den Vorschriften wie den Ergebnissen der Praxis und der Wissenschaft gemäss eingerichtet, sodass keinerlei Verschulden vorliege. Wenn die Ueberführung der Frau S. in die offene Station vom ärztlichen Standpunkt aus zu Bedenken Anlass gegeben hätte, so wäre sie überhaupt nicht veranlasst worden.

Das Pflegepersonal sei völlig ausreichend und durchaus zuverlässig gewesen. Dass demselben besondere Anweisung zu einer speziellen Be-

aufsichtigung der Frau S. in der offenen Station gegeben sein, könne nicht behauptet werden. Im übrigen sind hinsichtlich des Pflegepersonals die in den Schriftsätzen vom 23. 3. und 15. 6. 1911 enthaltenen Behauptungen aufgestellt und die in den beiden überreichten Uebersichten (I. 73) enthaltenen Angaben gemacht; hierauf wird verwiesen.

Vom Kläger sind die Ausführungen des erstinstanzlichen Urteils für zutreffend erachtet. Seine Frau habe zur Zeit des Selbstmordversuchs einer sorgfältigen Ueberwachung durch ein gut geschultes und instruiertes Pflegepersonal bedurft, wie sich dies aus dem Gutachten von Prof. Flechsig, von Dr. Erman und des Medizinalkollegiums in Münster ergebe. Demgegenüber sei der Wissenschaftlichen Deputation die geringere Autorität beizumessen. Diese bestehe aus Vertretern aller Zweige der medizinischen Wissenschaft und aus Verwaltungsbeamten und es könne daher im vorliegenden Fall nur der psychiatrische Referent in Betracht kommen. Dagegen gehörten dem Medizinalkollegium in Münster der Direktor der dortigen Provinzial-Irrenanstalt, ein praktischer Arzt, ein Geheimer Regierungs- und Medizinalrat und der Kreisarzt, der zugleich Medizinalassessor sei, an; Flechsig sei eine anerkannte Autorität auf dem Gebiete der Psychiatrie und Dr. Erman ein angesehener Gerichtsarzt.

Wenn Frau S. nicht mehr als suizidverdächtig angesehen sei, so hätte doch die Möglichkeit eines Rückfalls und insbesondere eines Irrtums berücksichtigt werden müssen und man habe daher nicht jede Vorsicht ausser Acht lassen dürfen. Zu einer solchen Vorsicht habe auch eine vertragsmässige Pflicht vorgelegen gegenüber dem Kläger, der sie in die Anstalt gebracht habe, weil er sie zu Hause nicht habe überwachen können. Prof. Siemerling habe Frau S. sicher nicht in dem Bewusstsein in die Villa gelegt, dass dort auf Ueberwachung nicht zu rechnen sei, sondern in der irrtümlichen Annahme, dass die Ueberwachung dort eine ausreichende sei.

Das Pflegepersonal sei nicht ausreichend gewesen, insbesondere sei auch eine besondere Beobachtung der Frau S. nicht angeordnet. Hinsichtlich des Pflegepersonals sind die im klägerischen Schriftsatz vom 2. 6. 1911 aufgeführten Behauptungen vorgetragen sowie die Skizze (Blatt 204) vorgelegt; hierauf wird verwiesen.

Der Kläger habe bei der Aufnahme im Jahre 1905 dem Arzte Dr. Flatau gegenüber erklärt, seine Frau habe auf der Fahrt nach Kiel zweimal versucht, aus dem Zuge zu springen, und zwar einmal durch Oeffnen der Tür, und dann durch den Versuch, in das Klosett zu flüchten, mit der offenbaren Absicht, dort den Versuch zu erneuern. Ausserdem habe der Kläger gelegentlich der ersten Einlieferung seiner

Frau im Jahre 1903 dem aufnehmenden Arzte Dr. Glasow berichtet, seine Frau sei während der Nächte häufig plötzlich nach dem Fenster gelaufen, und er habe die Fenster mit Tischen verbarrikadiert aus Besorgnis, sie werde zum Fenster hinausspringen. Auch werde behauptet, dass die Aerzte hiervon dem Prof. Siemerling Mitteilung gemacht haben. Ueber diese Angaben werde dem Beklagten der Eid zugeschoben, soweit nicht dem Kläger der richterliche Eid anvertraut werde, warum in erster Linie gebeten werde.

Auch sei die Anlage selbst mangelhaft; der Fehler bestände vor allem darin, dass sich die Räumlichkeiten ein Stockwerk hoch über einem hochgelegenen Erdgeschoss befänden und dass das Fenster im Klosett ungesichert und so gross sei, dass ein Hinausspringen möglich sei. In der einsamen Klosettzelle sei ein weitgeöffnetes Fenster geeignet, geradezu zu einer selbstmörderischen Affekthandlung anzureizen.

Da die meisten Klosetts nur schmale oder hochgelegene Fenster oder nur Luftklappen haben, so könne es die Patienten nicht beunruhigen, wenn sie auf der Anstalt im Klosett kein weitgeöffnetes Fenster vorfinden.

Ein Mangel der Anstalt liege auch darin, dass nur die Wahl zwischen dem Wachsaal mit allen seinen abschreckenden Erscheinungen und der offenen Abteilung im oberen Stock bestehe. Habe man in der geschlossenen Abteilung keine anderen geeigneten Räume, so dürfe man keine Patienten aufnehmen, die gerade aus dem Grunde hineingebracht seien, weil man sie zu Hause nicht genug überwachen könne.

Die klägerische Ehefrau sei noch nicht wieder vollständig geheilt, sie leide seit dem Sturz an periodischen Lähmungserscheinungen in den Beinen, Beweis: Gutachten Sachverständiger.

Der Beklagte hat bestritten, dass 1903 von Selbstmordabsichten der Frau S. etwas mitgeteilt und dass vom Kläger angegeben sei, seine Frau habe auf der Fahrt nach Kiel zweimal versucht, aus dem Zuge zu springen und erklärt, dass es auf den zugeschobenen Eid nicht ankommen werde, eventuell werde eine Erklärung hierüber, die ohne nähere Instruktion nicht erfolgen könne, bis zur Aufforderung zur Erklärung durch das Gericht vorbehalten.

Die Einrichtungen der Klinik entsprächen in jeder Beziehung den modernen Anforderungen, seien auch so eingerichtet, dass man in jeder Beziehung der verschiedenen Eigenart der Kranken bei der Behandlung gerecht werde.

Die abweichenden Behauptungen der Gegenseite sind vom Beklagten bestritten.



Die zweitinstanzliche Beweisaufnahme, wie sie sich aus den Protokollen vom 18. 10. 1911 und 28. 12. 1911 (Bd. 2, Blatt 30), 24. 2. 1912, 23. 10. und 16. 12. 1913 und 10. 1. 1914, sowie aus den zweimaligen Gutachten des Medizinalkollegiums in Münster und der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Berlin ergibt, ist vorgetragen und wird hierauf verwiesen.

Der Kläger hat noch ausgeführt, das Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation beruhe auf einem fundamentalen Fehler, indem es als wesentlichen Faktor in Prof. Siemerling's Erwägungen die für ihn gar nicht existierende „hysterische Komponente“ einstelle, die erst bei der Beweisaufnahme 1913/14 entdeckt sei. Ausserdem operiere das Gutachten mit einer unzutreffenden Parallele, indem es sage, dass Prof. Siemerling davon habe ausgehen können, die Entwicklung des Falles sei derjenigen des Jahres 1903 entsprechend. Tatsächlich habe Prof. Siemerling 1903 den Fall anders beurteilt, er habe die Patientin damals erst nach 12 Tagen in die offene Anstalt gelegt.

Vom Beklagten wird die Richtigkeit dieser Ausführungen bestritten.

#### Gründe.

Die formell zulässige Berufung ist sachlich begründet.

Der Klaganspruch ist darauf gestützt, dass Prof. Dr. Siemerling, der Leiter der Klinik, schuldhaft gehandelt hat, als er am 15. 11. 1905 die Ueberführung der Frau S. in die offene Station anordnete, und ferner, dass die offene Station mangelhaft für den Aufenthalt Geisteskranker eingerichtet sei, und hierdurch eine Haftung des Staates wegen schuldhafter Unterlassung gegeben sei.

Der Prof. Siemerling ist, wie unstreitig ist, als Anstaltsleiter zur Aufnahme und Entlassung der Kranken, sowie zur Festsetzung der Verpflegungskosten selbständig befugt. Er ist hiernach berufen, durch die ihm übertragenen Obliegenheiten den Staat, der die Klinik betreibt, Eigentümer der Anstaltsräume ist, und den Anstaltsleiter wie die übrigen Beamten angestellt hat, auf Grund der massgebenden Vorschriften der Verwaltungsorganisation bei der Aufnahme und Behandlung der Kranken zu vertreten. Der Staat haftet daher für ein Verschulden des Prof. Siemerling nicht nur soweit der Klaganspruch auf mangelhafte Vertragserfüllung (ein zwischen den Parteien abgeschlossener Dienstvertrag) gestützt wird gemäss § 278, sondern auch insoweit ausservertragliches Verschulden in Frage kommt, auf Grund der §§ 31, 89 B.G.B.

Die Frage der Beweislast, die hiernach verschieden sein kann, mag hier dahingestellt bleiben, es erübrigt sich, wenn durch die stattgehabte

Beweisaufnahme ein ursächliches Verschulden festgestellt ist oder sich das Nichtvorhandensein eines Verschuldens ergeben hat.

Es fragt sich zunächst, ob Prof. Siemerling ein Verschulden — es kann sich hier nur um Fahrlässigkeit handeln — zur Last fällt, indem er Frau S. am 15. 11. 1905 auf die offene Station, in die sogenannte Villa verlegte.

Die Ueberführung der Kranken, die während der ersten Tage sich in der Ueberwachungsstation befand, in die offene Station war eine wichtige Anordnung, sie ist dementsprechend von dem Anstaltsleiter selbst vorgenommen, und zwar in Uebereinstimmung mit dem Wunsche der Frau S., die bereits 2 Jahre vorher einige Wochen in der Anstalt war, und bei der sich damals die Ueberführung in die offene Station als sehr vorteilhaft für den Heilungsprozess erwies. Bei diesem ersten Aufenthalt der Kranken in der Anstalt sind irgendwelche Neigungen zum Selbstmord (sog. Suizidgedanken) nicht hervorgetreten. Auch in dem ärztlichen Antrag auf Ueberweisung, der vom Hausarzte verfasst ist und den Krankheitszustand eingehend schildert, ist derartiges nicht erwähnt, und bei der Aufnahme in die Anstalt selbst wird in der Krankengeschichte als Angabe des Ehemannes, also des jetzigen Klägers, berichtet: „Suizidgedanken hat Patientin nie geäußert.“ Nun wird vom Kläger behauptet, er habe dem aufnehmenden Arzte Dr. Glasow gegenüber, von dem die Krankengeschichte stammt, bei der Aufnahme von Selbstmordversuchen gesprochen, die die Kranke zu Hause vorgenommen habe, und Dr. Glasow habe dies dann auch dem Anstaltsleiter mitgeteilt. Dr. Glasow weiss hierüber nichts mehr zu bekunden, es ist erklärlich, dass er sich nach 10 Jahren eines solchen Vorganges nicht mehr entsinnt. Vom Kläger ist hierüber dem Beklagten der Eid zugeschoben, das Gericht erachtet aber die Eideszuschreibung als unzulässig. Schon der Umstand, dass in der eingehenden Darstellung des Dr. H. von solchen, doch sehr wesentlichen Tatumständen nichts gesagt ist, lässt die Behauptung als höchst unwahrscheinlich erscheinen. Es kommt aber hinzu, dass in der eingehenden Erörterung bei der Aufnahme mit dem Ehemann, wie die vorliegende Krankengeschichte ergibt, über die Frage des Vorliegens selbstmörderischer Gedanken gesprochen ist und dazu klar und unzweideutig als Ergebnis vermerkt ist, dass Selbstmordideen nicht geäußert sind. Es scheint ausgeschlossen, dass hier bei einem solchen wichtigen Punkte eine unrichtige Beurkundung vorliegt und das Gericht hat daher keine Bedenken, die klägerische Behauptung als widerlegt anzusehen. Zur Vervollständigung sei auch noch darauf hingewiesen, dass der Kläger in diesem Prozess erst in zweiter Instanz in dem nach Erstattung des ersten Gutachtens der Wissenschaftlichen

Deputation eingereichten Schriftsatz vom 22. 10. 1912 mit einer derartigen Behauptung gekommen ist. Es kann daher unerörtert bleiben, ob überall die Eideszuschreibung rechtlich zulässig ist, denn der Assistenzarzt Dr. Glasow, dem der Kläger die Mitteilung gemacht haben soll, war nicht Vertreter des Fiskus im Sinne des § 445 Z.P.O. und beim Mangel eines Beweises hierfür schwebt die weitere Behauptung, dass Dr. Glasow diese Mitteilung an den Anstaltsleiter weitergegeben habe, völlig in der Luft, abgesehen davon, wieviel durch solche im Jahre 1903 gemachte Mitteilung für die allein wesentliche Kenntnis dieser Tatsache im November 1905 erwiesen ist, also nach einem Zeitraum von 2 Jahren, in dem dem Anstaltsleiter ausserordentlich viele Krankengeschichten erzählt worden sind, so dass er sich der Einzelheiten, soweit sie nicht schriftlich niedergelegt sind, schwerlich entsinnen konnte.

Auch in der Anamnese des zweiten Falles (November 1905) heisst es: „Keine Suizidgedanken“, es ist aber hinzugesetzt: „Unterwegs unruhig. Versuch aus dem Zuge zu springen“. Wenn jetzt der Kläger, auf dessen Angaben hin dies damals aufgenommen ist, behauptet, er habe bei der Aufnahme von 1905 mitgeteilt, dass seine Frau während der Eisenbahnfahrt zweimal versucht habe hinauszuspringen, so bietet die Niederschrift hierfür keinen Anhalt, widerlegt es aber doch nicht. Professor Siemerling, wie der ebenfalls hier als Zeuge vernommene Dr. Glasow wissen über die Frage nichts zu sagen. Das Berufungsgericht ist bei Prüfung der Sachlage zu der Ueberzeugung gelangt, dass es unwesentlich für die Beurteilung des Falles ist, ob der Kläger bei der Aufnahme seiner Frau von einem ein- oder zweimaligen Versuch der Kranken, sich aus dem Zuge zu stürzen, gesprochen hat. Einmal behauptet er selbst gesagt zu haben, sie habe das erste Mal versucht, durch Oeffnen der Tür aus dem Zuge zu springen und sodann versucht, nach dem Klosett zu flüchten, in der offenbaren Absicht, dort den Versuch zu erneuern. Diese Schilderung lässt einen sicheren Schluss darauf, ob die Kranke bei dem Versuch ins Klosett zu kommen, tatsächlich eine Selbstmordabsicht verfolgt hat, nicht zu. Angenommen aber man will hierin auch einen Selbstmordversuch sehen, so ist nicht abzusehen, wie der Umstand, dass sie auf derselben Fahrt zweimal kurz nacheinander sich hinauszustürzen versucht, einen Beweis für die Ernstlichkeit und Energie der Selbstmordabsicht bieten sollte, denn beide Versuche unter denselben Verhältnissen und Eindrücken — Reise nach Kiel zur Ueberführung in die Anstalt — vorgekommen, also als Ausfluss desselben Affekts zu betrachten. Der Normierung des Eides für den Vertreter des Beklagten würden im übrigen auch hier die oben erörterten Bedenken entgegenstehen.

Die Möglichkeit eines plötzlichen unerwarteten Stimmungswechsels ist an sich nicht in Abrede zu stellen, zumal nach dem Krankenbericht vom 14. und 15. 11. die Aengstlichkeit und Depression der Frau S. noch keineswegs völlig gehoben war. Allein es erscheint die Aussage von Professor Dr. Siemerling unbedenklich glaubwürdig, dass er ernstlich die Frage erwogen hat, ob noch Selbstmordgedanken vorhanden oder zu befürchten seien, und dass er auf Grund sorgsamer Erwägung unter Berücksichtigung aller Umstände zur Verneinung gekommen ist. Hierin kann in Uebereinstimmung mit den gutachtlichen Ausführungen der Wissenschaftlichen Deputation eine Fahrlässigkeit, also ein Ausserachtlassen der im Verkehr erforderlichen, einem Anstaltsleiter obliegenden Sorgfalt nicht gefunden werden. Professor Siemerling wusste, dass vor zwei Jahren gerade die Verlegung in die Villa als ein sehr wesentlicher Heilfaktor gewirkt hätte und er ging von der in der psychiatrischen Wissenschaft vielfach vertretenen und in der Praxis in vielen Anstalten praktisch zur Anwendung gebrachten Ansicht aus, dass die Behandlung aller dazu geeigneter Kranker in der offenen Station zu empfehlen sei und das Beste für die Förderung des Gesundungsprozesses verspreche. Die Wissenschaftliche Deputation weist in ausführlicher Begründung darauf hin, dass man es bei Frau S. nicht mit einem Schulbild der Melancholie zu tun hatte, und dass auch bei melancholischen Depressionen eine Behandlung in offenen Stationen in vielen Fällen und durchaus angezeigt erscheint. Es wird darauf hingewiesen, dass bei Frau S. ein hysterischer Einschlag — eine psychogene hysterische Komponente, wie das Gutachten sich ausdrückt — unverkennbar vorlag und daraus weiter gefolgert, dass die Affektintensität der Depression bei der Kranken rasch abklingt, dass der Versuch, sich aus dem Zuge zu stürzen, als Steigerung des Affektes ohne Dauerbedeutung ist, und dass gerade die Abhängigkeit der Affekterscheinungen von der Umgebung den Arzt veranlassen musste, eine möglichst günstige und der Kranken zusagende Gestaltung der äusseren Umgebung herbeizuführen. Ganz ähnlich spricht auch schon Professor Flechsig in seinem Gutachten von hysterischen Anfällen, denen die Frau S. ausgear, von ihrer Neigung zu Affekthandlungen und meint, dass die Diagnose auf Melancholie nicht haltbar sei.

Wenn der Kläger meint, dass das hier betonte hysterische Temperament erst durch die neuerliche Beweiserhebung „entdeckt“ sei und für Professor Siemerling ohne jede Bedeutung war, so ist dies völlig unhaltbar. Das Krankheitsbild ist durch die Beweisaufnahme in dieser Richtung in keiner Weise verschoben. Dem Anstaltsleiter standen die wesentlichen Unterlagen, die jetzt für die Beurteilung des Falles heran-

gezogen werden, auch schon 1905 zu Gebote, soweit es sich nicht um zeitlich spätere Ereignisse handelte, sie ergeben sich aus der Krankengeschichte, den ihm gemachten Mitteilungen und der eigenen Beobachtung der Kranken. Also die Art des Krankheitsbildes war dem Professor Siemerling völlig bekannt und er ist auf Grund dieser Erkenntnis zu demselben Ergebnis gelangt, welches die Wissenschaftliche Deputation unter genauer Bezeichnung der hierfür sprechenden Momente als richtig bezeichnet.

Wenn ferner vom Kläger hervorgehoben wird, dass hierbei von einer unrichtigen Parallele ausgegangen sei, indem immer auf die Ueberführung in die offene Station im Jahre 1903 und deren günstigen Erfolg hingewiesen, dabei aber übersehen werde, dass die Ueberführung erst nach 12—13tägiger Beobachtung in der Ueberwachungsstation erfolgt sei, jetzt aber schon nach 3 Tagen, so kann auch dies als zutreffend nicht anerkannt werden. Der zweifellos vorhandene bedeutende Zeitunterschied ist nicht verkannt worden, im übrigen liegen aber beide Fälle ausserordentlich ähnlich, wie denn auch der Kläger bei der Aufnahme seiner Frau 1905 meint, es seien dieselben Symptome wie vor 2 Jahren, nur milder. Die Erfahrung, dass die Verlegung in die Villa so guten Erfolg gehabt hatte, lag vor und konnte somit den Anstaltsleiter wohl berechtigen, jetzt schon bei kürzerer Beobachtungsdauer zu diesem Mittel zu greifen. Es ist richtig, dass die Kranke damals keineswegs schon frei von beängstigenden Eindrücken war, sie war aber auch 1903, als sie in die offene Station kam, noch nicht ordentlich orientiert über ihre Lage, wie der Krankenbericht vom 20. 11. 1903 (am 20. 11. erfolgte die Verlegung) ergibt, sie war also damals noch keineswegs klar. Im Jahre 1905 hatte sich, wie Professor Siemerling bekundet hat, ihr Krankheitszustand wiederum sehr schnell gebessert, sie war sehr bald ruhig geworden und hatte insbesondere keine Anzeichen, die auf Selbstmordideen hindeuteten, gezeigt. Der Krankenbericht vom 15. 11. 1905 besagt, dass sie „etwas freier“ erscheine. Es lag also alle Veranlassung vor, den Gesundungsprozess weiter zu fördern und hierzu erschien die Verlegung in die offene Station als das geeignete Mittel. Es ist also keineswegs richtig, dass der Vergleich mit 1903, wie der Kläger meint, zu einem entgegengesetzten Schluss hinführen müssen. Die Angaben der Kranken, die am Tage nach dem Unfall geäußert sind und dahin gehen, sie habe nicht leben wollen, weil sie nicht wert sei, zu leben, besagen darüber, wodurch sie zur Ausführung des Selbstmordversuchs veranlasst ist, für die hier interessierende Frage nicht und die Erzählung der Schwester Gerda gegenüber ist erst im Januar 1906, also lange nachher erfolgt; es handelt sich nur um eine gelegentliche Äusserung,

dem Arzt gegenüber hat sie damals jede Auskunft verweigert. Gibt ihre Erzählung, was nicht nachprüfbar ist, das Stimmungsbild der Kranken vom 15.—16. 11. richtig wieder, so beweist dies — wie es schon der Unfall vom 16. 11. selbst tut —, dass in der ärztlichen Beurteilung der Kranken ein Irrtum obgewaltet hat und sie tatsächlich nach der Aufnahme in die Anstalt wie insbesondere nach der Verlegung in die Villa noch Selbstmordgedanken zugänglich war, die bei günstiger Gelegenheit sofort im Affekt zur Ausführung gebracht wurden. Keineswegs erfolgt aber hieraus etwas dafür, dass sie sich andauernd mit solchen Gedanken getragen, etwa gerade aus diesem Grunde gewünscht hat, in die Villa überzusiedeln, sie hat, wie sie angibt, in der Nacht vom 15. auf 16. 11. ohne trübe Gedanken geschlafen und ihr ist am nächsten Vormittag, als sie auf dem Klosett das Fenster öffnete, um hinauszusehen, plötzlich der Gedanke gekommen, sie müsse sterben, es könne sie doch kein Mensch leiden.

Die Möglichkeit eines solchen Irrtums des Arztes wird von keiner Seite in Abrede gestellt, sie beruht in der Unzulänglichkeit der menschlichen Erkenntnis, die besonders bei der Beurteilung der Seelenvorgänge eines anderen und zumal eines geistig erkrankten Individuums nicht verkannt werden kann. Allein Professor Siemerling betont bereits, dass derartige Möglichkeiten nicht die Behandlung Geisteskranker beherrschen dürfen, sonst würde man aus dem strengen Ueberwachungsstadium, wo die Gefahr einer Selbstbeschädigung durch die Einrichtung der Räume und die fortgesetzte Ueberwachung möglichst ausgeschlossen wird, nicht herauskommen, sondern dass man mit der Erfahrung zu rechnen habe, dass die freiere Behandlung der Kranken ganz wesentlich zu ihrer Gesundheit beiträgt und dass die Gefahr derartiger durch das Fehlen einer strengen Ueberwachung und Abgeschlossenheit begünstigten Selbstmordgedanken nicht grösser ist, als bei der geschlossenen Stationsbehandlung, da das Gefühl der Freiheit zur Kräftigung und Gesundung und damit zum Widerstand gegen derartige krankhafte Anwandlungen erheblich beiträgt.

Während das Medizinalkollegium in Münster die Frage verneint, dass der Anstaltsleiter bei der Unterbringung der Frau S. auf die offene Station auf Sicherungsmassregeln verzichten konnte und zwar mit Rücksicht auf das Krankheitsbild aus der Zeit vom 12.—15. November, betont die Wissenschaftliche Deputation mit Recht, dass die Erkenntnis der vor der Aufnahme liegenden Vorgänge und die Eigenart der krankhaften Veranlagung hinzukommt, deren Gesamtkenntnis dem klinischen Leiter auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen berechnete, die Möglichkeit eines Irrtums für so gering zu halten, dass diese entfernte Möglichkeit

gegenüber den Vorteilen, die in therapeutischer Beziehung von dem Aufenthalt in der offenen Station verwertet werden dürften, zurücktreten dürfte und müsste. Eine Sonderbewachung auf der offenen Station, wie sie das Medizinalkollegium in Münster für erforderlich erachtet, würde gerade den Heilerfolg bei den von psychischen Einflüssen abhängigen Kranken wieder völlig in Frage stellen und so dürfte der Arzt sich auf das durch die Ueberführung gesteigerte Wohlbefinden der Kranken und auf die sich aus dem Zusammensein mit anderen Personen, durch das Pflegepersonal und die ärztlichen Besuche ergebende Beaufsichtigung verlassen.

Nun wird zwar unter Berufung auf die übrigen Gutachten die Richtigkeit des von der Wissenschaftlichen Deputation erstatteten Gutachtens vom Kläger beanstandet und besonders hervorgehoben, dass sich aus der Zusammensetzung dieses Kollegiums für dessen Gutachten eine geringere Autorität ergebe als für die anderen. Wenn es auch richtig ist, dass die Mehrzahl der Mitglieder der Wissenschaftlichen Deputation keine Psychiater sind, so besteht doch kein Zweifel, dass sie sämtlich die Fähigkeit besitzen, die Richtigkeit eines Gutachtens über die ihnen hier vorgelegte Frage zu beurteilen. Es besteht daher kein Bedenken, dem von der Wissenschaftlichen Deputation erstatteten Gutachten, das sich in Veranlassung der vom Reichsgericht angeregten Zweifel und Bedenken erneut sehr eingehend mit den in Betracht kommenden Fragen befasst hat und seine Ansicht in überzeugender Weise begründet hat, zu folgen. In wesentlichen Punkten stimmt das Gutachten mit den Ausführungen des Geheimrats Flechsig überein, der aber weniger weit geht und meint, dass das Krankheitsbild die Verlegung, ein zuverlässiges Wartepersonal vorausgesetzt, nicht unbedingt als gefährlich erscheinen liess. Wenn der Sachverständige Dr. Erman zu einer strikten Verneinung der Frage kommt, ob die geschehene Verlegung der Frau S. in die offene Station vom ärztlichen Standpunkt aus zulässig war, so ist hervorzuheben, dass dieser allzu einseitig Gewicht darauf legt, dass die Krankheit sich als melancholische Verstimmung äusserte und diese depressive Störung noch nicht genügend beseitigt war, ohne die übrigen Begleitumstände und Erwägungen, die für den dirigierenden Arzt entscheidend waren, genügend zu würdigen. Dagegen betont bereits das Medizinalkollegium die neuropsychopathische Belastung und die nervöse Konstitution der Kranken erklärt, dass unter den obwaltenden Umständen zwar eine Verlegung auf die offene Station nicht frei von Bedenken sei, aber doch im Interesse der Kranken für zulässig erscheinen könne. Das Medizinalkollegium schränkt dies aber dahin ein, dass ein ausreichendes, gut geschultes Pflegepersonal vor-

handen sein müsse, es entnimmt aus der Beweisaufnahme, dass solches vorhanden war, meint aber, dass ferner erforderlich sei, dass das Personal mit Rücksicht auf den Krankheitszustand der Frau S. noch besonders mit einer ausreichenden Beobachtung und Beaufsichtigung dieser Kranken unter Hinweis auf die vorliegenden Befürchtungen zu beauftragen gewesen sei. Eine derartige Anweisung ist, wie der Beklagte selbst angibt, nicht gegeben worden, sie war aber auch nach der auf das Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation gestützten Ueberzeugung des Gerichts, wie bereits erörtert ist, nicht erforderlich. Wesentlich ist in dieser Beziehung vor allem der Punkt, dass Professor Siemerling zur Zeit der Verlegung die Gefahr eines Selbstmordversuchs für ausgeschlossen hielt und daher ihren Aufenthalt in der offenen Station für zulässig und für die Förderung des Gesundungsprozesses für geboten hielt.

Es erscheint daher auch bei erneuter Prüfung und unter Berücksichtigung der vom Reichsgericht aufgeworfenen Frage in Uebereinstimmung mit dem Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation die Annahme berechtigt, dass dem Anstaltsleiter bei der Verlegung der Frau S. in die Villa eine Fahrlässigkeit nicht zur Last fällt. Hierbei ist auch noch darauf hinzuweisen, dass hinreichendes Pflegepersonal vorhanden war, wenn man mit Professor Siemerling davon ausgeht, dass eine besondere Bewachung der Frau S. durch eine Wärterin nicht erforderlich war. Uebrigens hätte eine solche Beaufsichtigung die Tat nicht hindern können, da die Kranke auf dem Klosett allein war, wenn ihr nicht etwa die Wärterin auch dorthin gefolgt wäre, worin aber eine derartige starke Art der Bewachung zu finden wäre, dass dadurch der Kranken geradezu das Gefühl der Freiheitsbeschränkung aufgedrängt und der beabsichtigte Heilerfolg auf das ernstlichste gefährdet würde.

Es erhebt sich aber noch die zweite Frage, ob die offene Station etwa mangelhaft eingerichtet war und durch diese Mängel die Ausführung der Tat ermöglicht ist. Ist in der Einrichtung, wie sie die Sicherheit der sich dort aufhaltenden Geisteskranken nach den Erfahrungen der Praxis und der Erkenntnis der Wissenschaft fordert, etwas vernachlässigt, das für den eingetretenen Unfall ursächlich war, so lag ein Verschulden der verfassungsmässig berufenen Vertreter des Fiskus vor, die dafür zu sorgen hatten, dass die zur Aufnahme gemütskranker Personen bestimmte Anstalt sich in ordnungsmässigem Zustande befand.

Ist man Anhänger einer im wesentlichen geschlossenen Anstaltsbehandlung Geisteskranker in allen Stadien des Krankheitsverlaufes, so war die Einrichtung der Villa naturgemäss unzureichend. Allein



die Wissenschaftliche Deputation führt aus und befindet sich damit nicht nur mit Prof. Siemerling und vielen Stimmen der Literatur im Einklang, sondern auch anscheinend im wesentlichen mit den Ansichten des Geheimrats Flechsig und des Medizinalkollegiums in Münster, dass die geschlossene Anstaltspflege in vielen Fällen völlig versagt und es sich als notwendig herausgestellt hat, für manche Fälle psychischer Erkrankung und besonders für Behandlung in der Rekonvaleszenz hiervon abzusehen, da hierdurch die Heilung beeinträchtigt, ja sogar häufig geradezu gehindert wird. Charakteristisch ist, dass im vorliegenden Fall die Kranke selbst, wie dies nach der Bekundung des Prof. Siemerling überaus häufig geschieht, auf die Verlegung auf die offene Station gedrängt hat und zwar augenscheinlich nicht etwa weil sie dort leichter eine Gelegenheit zum Selbstmord finden werde, sondern weil ihr dort der Aufenthalt in jeder Beziehung angenehmer und zusagender erschien. Selbstverständlich konnte dies die Entschliessung des Anstaltsleiters nur insofern beeinflussen, als er sah, dass auch die Kranke sich aus der Veränderung Gutes versprach und er hiervon eine günstige Einwirkung auf das psychische Befinden der Kranken erwarten dürfte. Es heisst denn auch in der Krankengeschichte: „Freute sich, wieder in Villa II zu sein“. Die Wissenschaftliche Deputation betont, dass aus den angeführten Gründen allgemein davon abgesehen wird, in der offenen Station besondere Tür- und Fensterverschlüsse und offene nicht verschliessbare Klosetträume anzulegen, es wird hervorgehoben, dass trotz der freien Behandlung eine Zunahme der Selbstmorde in den psychiatrischen Kliniken erfahrungsgemäss nicht zu verzeichnen ist und dass die Unberechenbarkeit der psychisch Erkrankten, wenn auch unerwartete Stimmungsschwankungen vorkommen können, mit der fortschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnis geringer geworden ist, so dass keineswegs die Aufnahme in derartige offene Anstalten als unzulässig angesehen werden kann. Mit halben Sicherungsmassregeln ist nichts getan, sie nutzen nicht der Wohlfahrt der Kranken, denen immer in offenen Stationen vielfach Gelegenheit bleibt, einen unerwarteter Weise erwachenden Selbstmordgedanken zur Ausführung zu bringen, sondern sie gefährden den regelmässig misstrauischen Kranken gegenüber den verfolgten Heilzweck in erheblichem Masse, wenn sie ihn gar nicht vereiteln. In der Villa befand sich die erste und zweite Klasse im oberen Stockwerk und es war im Klosett ein grosses, frei zu öffnendes Fenster vorhanden. Diese Umstände waren wesentlich zur Ausführung der Tat und die Schwere der eingetretenen Folgen und hierin sieht der Kläger die Mangelhaftigkeit der Einrichtung. Allein es wird nicht nur von Prof. Siemerling bekundet, dass solche Einrichtungen sich in vielen

derartigen mustergültigen Anstalten finden, sondern auch die Wissenschaftliche Deputation erklärt, dass hiergegen nichts einzuwenden sei, dass dies eben die Folgen des Systems sind, dessen Zweckmässigkeit in der Praxis erprobt und in der Wissenschaft anerkannt ist, woran auch derartige Einzelercheinungen, so bedauerlich sie sind, nichts ändern können. Die offene Station soll in dem Kranken den Eindruck erwecken, als ob er von jeder Ueberwachung und jedem Zwange frei sei, und leistet gerade hierdurch für die erstrebte Gesundung der sich dort aufhaltenden Kranken, deren Auswahl naturgemäss mit grösster Sorgfalt vorgenommen werden muss, die besten Dienste, so dass, trotz solcher Einzelfälle, die Beibehaltung derartiger offener Stationen ein unbedingtes Erfordernis sachgemässer therapeutischer Behandlung Geisteskranker ist.

Das Berufungsgericht kommt auf Grund der vorstehenden Erwägungen zu der Ueberzeugung, dass eine unzweckmässige oder mangelhafte Einrichtung der Anstaltsräume, die dem Beklagten zur Last zu legen wären, nicht vorliegt.

Es ergibt sich hieraus, da der Klageanspruch sich in beiden Richtungen als unbegründet herausgestellt hat, in Stattgebung der Berufung Abweisung der Klage.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 91, die Vollstreckbarkeitseraus §§ 708, 713 der Zivilprozessordnung.

gez. Kirchner, Lüders, Löhmann, Kirschstein,  
gez. Bruck.

Das war der Ausgang dieses 7 Jahre währenden Prozesses, der viel Lehrreiches enthält: Von vorn herein habe ich mich auf den Standpunkt gestellt und diesen auch in den entsprechenden Vernehmungen zum Ausdruck gebracht, dass die Verlegung in die offene Abteilung ohne besondere Beaufsichtigung nur für solche Patienten in Frage kommt, bei denen nach Lage der ganzen Sache ein Verdacht auf Selbstmord oder Selbstbeschädigung ausgeschlossen ist. Auf Grund der allgemeinen Erfahrung über die oft sehr auffällige Abhängigkeit mancher psychischen Symptome von äusseren Eindrücken und ihrer starken Beeinflussbarkeit durch diese und auf Grund der besonderen Kenntnis des Falles, die mir durch die frühere Behandlung noch erleichtert wurde, erteilte ich nach Erwägung aller in Betracht kommenden Momente die Anordnung, Frau S. in die offene Abteilung zu verlegen. Die starke Abhängigkeit des psychischen Verhaltens von äusseren Einflüssen war schon das erste Mal aus der Anamnese und bei der Beobachtung deutlich geworden. Ohne weiteres habe ich stets zugegeben, dass ich mich in diesem Falle

geirrt habe, der Erfolg erzielte nicht die beabsichtigte Wirkung. Bei dieser Sachlage erschien eine schnelle Beendigung des Prozesses nicht aussichtslos, aber die weitere Verhandlung belehrte eines Anderen.

Von meinen persönlichen Empfindungen während des Verlaufs der Verhandlungen brauche ich hier kein Wort zu verlieren, jeder mit seinem Beruf vertraute Arzt weiss, welche Bedeutung den Begriffen „Fahrlässigkeit“ und „Verschulden“ inne wohnt, ja, man wird ohne weiteres voraussetzen können, dass bei dem Leiter einer Klinik das Verständnis für diese Begriffe ganz besonders entwickelt ist. Aber man hüte sich, in solchen Erwägungen einen Schutz vor etwaiger Klage suchen zu wollen. Die Haftung des Arztes für die dem Patienten durch schuldhaft Behandlung zugefügten Schädigungen ist in allen Rechten anerkannt und zwar hat der Arzt dabei einzustehen nicht blos für Vorsatz, was sich von selbst versteht, sondern auch für Fahrlässigkeit. Verschiedene Abhandlungen von juristischer Seite — ich nenne nur E. Rabel, E. Zitelmann, Ebermayer, M. Rümelin — belehren in eingehender Weise über die Haftpflicht des Arztes.

Der mitgeteilte Fall illustriert die Verantwortlichkeit, welche dem Arzt bei seinen Verordnungen obliegt, in ihrer ganzen Schwere und lässt die dem Irrenarzt obliegende Pflicht für Beaufsichtigung und Bewachung der ihm anvertrauten Kranken Sorge zu tragen in ihrer ganzen Bedeutung hervortreten.

Gelegentlich eines besonderen Falles — ein ausserhalb der Klinik beschäftigter Kranker fügte einem Schutzmann eine geringe Verletzung zu — beschäftigt sich Aschaffenburg mit der Verantwortlichkeit des Irrenarztes, erwähnt auch die Aufmerksamkeit über selbstmordsüchtige Kranke als einer gesetzlich verlangten Aufmerksamkeit. Garnier bespricht die zivilrechtliche Verantwortlichkeit der Irrenanstaltsdirektoren in Frankreich für den Schaden, der von den Anstaltsinsassen angerichtet wird. Im wesentlichen handelt es sich darum, ob der Anstaltsdirektor als ein Auftraggeber im Sinne des betreffenden Paragraphen dem Wärter gegenüber angesehen werden soll oder nicht, weil sich im ersteren Falle auch eine Verantwortlichkeit für den Direktor ergeben würde, wenn ein durch Unachtsamkeit eines Wärters entwichener Geisteskranker Jemandem einen Schaden zufügt.

Mit der Verantwortlichkeit des Irrenarztes in Fällen von Selbstmord beschäftigt sich Christian. Ein Melancholiker mit Verfolgungsideen, der schon einmal 1881 krank war, nach 7 Monaten gesund wurde, erkrankte 1891 von neuem, genas nach 10 Monaten. 1898 dritter Anfall, schwerer als die früheren. Bei seiner Aufnahme in Charenton sehr ängstlich. Bei einem Spaziergang warf er sich unter das Rad eines

mit Holz beladenen Wagens, sofortiger Tod. Vorher hatte er keine Selbstmordgedanken geäußert. Die Tat wird als eine plötzliche impulsive Handlung angesehen. Die gerichtliche Klage auf Schadenersatz wurde abgewiesen. Christian teilt das Urteil in einem weiteren Falle mit (Le Temps, 30. mars 1900). Hier hatte das junge Mädchen die Pflegerin zurückgestossen, sich im Klosett eingeriegelt und am Fensterkreuz erhängt.

Der Arzt wurde zu 10000 Frank verurteilt. Im Urteil wird hervorgehoben, dass der Vater des jungen Mädchens den Arzt auf das Gefährliche des Klosettverschlusses hingewiesen habe.

Reichel teilt einen Fall mit von Selbstmordversuch einer Patientin, in dem der Arzt zur Schadenersatzpflicht verurteilt wurde. Klägerin war gemütskrank und litt an Lebensüberdruß. Ihre Mutter verbrachte sie deshalb 1909 in die Nervenheilanstalt des Beklagten. Man bewachte sie sorgfältig. Im April 1910 hatte sich ihr Zustand anscheinend gebessert. Man gestattete ihr, eines Tages allein in den Garten zu gehen. Sie benutzte den unbewachten Augenblick, stürzte sich in Suizidabsicht vom Treppengeländer des 2. Stockwerkes auf den unteren Hausflur, erlitt dadurch mehrere Schenkelbrüche und trug dauernde Verunstaltung davon.

Klage auf 60000 Kr. Schmerzensgeld und sonstigen Schadenersatz. Zivillandesgericht Wien wies ohne Beweiserhebung ab. Auf Berufung erfolgte Aufhebung und Zurückverweisung in die erste Instanz. — Gutachten des Prof. Wagner von Jauregg-Wien: Selbstmorde zu verhüten ist Hauptaufgabe der Anstalt, sie absolut auszuschliessen, ein Ding der Unmöglichkeit. Das Raffinement der Selbstmordlustigen ist enorm. Völlig sichere Gewähr würde nur dauernde Narkose gewähren, die natürlich sinnlos wäre. Man muss sich also auf möglichst genaue Bewachung beschränken. In Bezug auf die Intensität dieser Ueberwachung einen Unterschied zwischen freiwillig und zwangsweise internierten Patienten zu machen (wie Beklagter meinte) ist unangängig. — Prof. Elzholz-Wien begutachtete im gleichen Sinn. — Darauf Verurteilung dem Grunde nach (unter Vorbehalt der Bezifferung des Schadens). Gründe: Das Personal des Beklagten, für dessen Verhalten Beklagter einzustehen hat, hat schuldhaft gehandelt. Vorübergehende oder anscheinende Besserung schloss die Pflicht fortgesetzter Ueberwachung nicht aus. Klägerin hätte ihr Zimmer nur in Begleitung von Wartepersonal verlassen dürfen. Eigenes Mitverschulden der Klägerin ist ausgeschlossen, da sie zurechnungsunfähig war. — Berufung verworfen durch Urteil des Oberlandesgerichts Wien vom Oktober 1916.

In welchem Umfange derartige Schadenersatzansprüche gegen Aerzte geltend gemacht werden, habe ich aus der mir zugänglichen Literatur

nicht entnehmen können. Ich bin überzeugt, dass die meisten derartigen Prozesse nicht zur öffentlichen Kenntnis gelangen.

Die Verhinderung der Suizidaltendenz psychisch oder nervös Kranker gehört mit zu den wichtigsten und vornehmsten Aufgaben des Arztes. Ueberblickt man die Anschauungen der Autoren, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben, so geht aus allen Auslassungen hervor, dass wir die Frage, ob Suizidien immer zu vermeiden sind, mit einem Nein beantworten müssen. Selbst die beste psychiatrische Anstalt gewährt keine absolute Garantie für die Verhütung von Selbstmorden und Selbstverstümmelungen von Geisteskranken. Es ist heute derselbe Standpunkt, wie er bereits in einer interessanten Diskussion anlässlich eines Vortrags von Edel über das Suizidium in Irrenanstalten in der Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 28. 6. 1889 zum Ausdruck kommt. Es ist ein ideales, leider bisher nicht erreichtes Ziel, was Placzek vorschwebt, wenn er im Kapitel 3 seines Buches „Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung“ schreibt: „Gern gebe ich zu, dass, so lange Menschen die Obhut führen, trotz sorgsamster Anstaltsdisziplin infolge menschlicher Schwäche kein absoluter Schutz gegeben ist, die Selbstmordabsichten nicht immer zu vereiteln sein werden. Es muss aber bei der bewundernswerten Aufwärtsentwicklung unseres Irrenanstaltswesens der Höhepunkt kommen, wo ein suizidaler Kranker in der Anstalt auch wirklich geborgen ist, der Arzt nicht mehr mit suizidalen Zwischenfällen zu rechnen braucht“.

Es liegt in der Natur der vielgestaltigen komplizierten Verhältnisse, welche beim Zustandekommen eines Selbstmordes in Aktion treten, dass eine rechtzeitige Unterdrückung nicht immer möglich ist. Von verschiedenen Autoren werden auch eingehende Hinweise gegeben auf die mehr oder weniger stark entwickelte Selbstmordneigung bei den einzelnen Formen der Störungen, vor allen werden auch die Affekthandlungen der Hysterischen betont, die zuweilen so impulsives Gepräge haben, dass ein vielleicht gar nicht beabsichtigter Effekt zustandekommt. Jeder mit diesen Kranken vertraute Arzt wird Beispiele aus eigener Erfahrung anführen können. Der vorliegende Fall ist ein ganz besonders beredtes Beispiel für die grosse praktische und therapeutische Bedeutung, welche dem Einschlag einer hysterischen Komponente im Krankheitsbilde zukommt.

Was die Häufigkeit der Selbstmorde in den Anstalten betrifft, so differieren darüber, wie es begreiflich ist, die Angaben. Nach der Mitteilung von Edel in dem erwähnten Vortrag (1889) variiert die Zahl der Selbstmorde in einigen Anstalten (Königslutter, Erlangen, Winnethal, Heppenheim) von 2 bis 7 auf 1000 Kranke. Die Verschiedenheiten

werden sich ungezwungen aus den örtlichen Umständen erklären lassen: je mehr frische Kranke eine Anstalt aufnimmt, desto intensiver wird sich bei akut Erkrankten der Selbstmordtrieb äussern und zur Geltung bringen. Edel verzeichnete in seiner Anstalt in den Jahren 1885—1890 auf 1200 Kranke 4 Selbstmorde.

Nach einer Zusammenstellung von Wickel aus Irrenanstaltsberichten 1911—1913 sind auf 50—60000 Kranke 38 Selbstmorde gekommen, also 0,63—0,76 auf Tausend.

Nach einer Zusammenstellung von Grunau sind in den Jahren 1875 bis 1900 in den öffentlichen Anstalten Preussens 865189 (462133 m., 403056 w.) Fälle verpflegt worden, in den Privatanstalten sind in derselben Zeit 150667 männliche und 118733 weibliche Verpflegungsfälle vorgekommen. Bei allen Verpflegungsfällen zusammen 1115828 (602673 m., 513155 w.) kommen auf 100 männliche 85,15 weibliche. Geendet durch Selbstmord haben in den Anstalten 448 (303 m., 145 w.), das sind 0,40 auf Tausend. Beachtenswert ist, dass diese Zahl weit unter dem Durchschnitt zurückbleibt, wie er sich für die ganze Bevölkerung in Preussen berechnet, nämlich für den Selbstmord auf 0,8 pM.

Nach einer Zusammenstellung von Benham aus den Irrenanstalten in England und Wales während der 12 Jahre von 1890—1902 waren 201 Selbstmordfälle (126 M., 75 Fr.) bei 788000 Kranken zu verzeichnen. In Anstalten 135 Selbstmordfälle, darunter 51 Fälle, in denen ein schuldhaftes Versehen nachgewiesen wurde.

In der Kieler Klinik fallen auf 18984 Aufnahmen (11881 m., 7103 w.) in den Jahren 1902—1918 9 Selbstmorde, also 0,47 auf Tausend. Der letzte Fall ereignete sich bei den Frauen 1914, bei den Männern 1915.

Im Einzelnen mag ja die Häufigkeit der Selbstmorde in den Anstalten Verschiedenheiten aufweisen, im Ganzen lehrt die Statistik, dass die Selbstmordfälle in den Anstalten nicht zu-, sondern abgenommen haben und das zu einer Zeit, in der sich die Behandlung der Kranken immer freier entwickelt hat.

Edel erwähnt in seinem Vortrage, dass in mehreren Fällen ein gerichtliches Verfahren gegen ihn eingeleitet worden ist. Auch Jastrowitz berichtet über ein solches Verfahren in zwei Fällen, er vertritt die Anschauung, dass die Erhebung derartiger Klagen in Privatanstalten häufiger als in öffentlichen statthat. Zur Beurteilung, ob diese Auffassung auch jetzt noch zutreffend ist, fehlen mir die Unterlagen.

Es ist zu begrüßen, dass in unserem Falle das Gericht den mittelalterlichen Standpunkt abgewiesen hat, den Erman in seinem Gutachten vertritt. Es gereicht mir zur Genugtuung, dass das Gericht der freien

Behandlung der Kranken voll und ganz hat Gerechtigkeit widerfahren lassen. Bei genauerer Prüfung aller einschlägigen Verhältnisse habe ich mich auch nicht entschliessen können, bei den baulichen Einrichtungen der Klinik etwas zu ändern. Das Bestreben ist unablässig darauf gerichtet, ein möglichst zuverlässiges und geschultes Personal heranzuziehen.

Die unverkennbaren Wohltaten der freien Behandlung möchte ich auf keinen Fall entbehren und ich befinde mich da in Uebereinstimmung mit allen Aerzten, welche zu dieser Frage Stellung genommen haben. Die Forderung ist und bleibt, der Eigenart der Kranken gerecht zu werden und ihnen das Mass von Freiheit zu gewähren, das ihr Zustand verträgt und das ihnen zur Wiederherstellung der Gesundheit erforderlich ist.

Ich gebe Gross vollkommen Recht, wenn er es nicht für angebracht hält, den gesamten Anstaltsbetrieb nur vom Standpunkt der Selbstmord- und Entweichungsmöglichkeiten zu betrachten. „Dadurch erhält dieser Betrieb leicht etwas Misstrauisches und Argwöhnisches, Unfreies und Verantwortungsscheues, welches im Ganzen genommen dem Wohle der Kranken mehr schaden kann, als ein gelegentliches, auch sonst nicht mit absoluter Sicherheit vermeidbares Unglück.“

Ich ziehe das Gefühl der grösseren Verantwortlichkeit, wie es mit der freien Behandlung der Kranken verknüpft ist, dem Bewusstsein vor, sie durch allzu strenge Bewachung in ihrer Gesundheit und in ihrer Heilung zu schädigen.

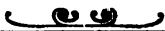
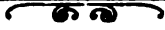
#### Literaturverzeichnis.

1. Aschaffenburg, Ueber die Verantwortlichkeit des Irrenarztes. Zeitschr. f. Psych. Bd. 26. S. 72. u. 249. (Disk).
2. Becker, Die sozial-ärztlichen Aufgaben in der Irrentherapie. Berlin.
3. Becker, Werner, Gewaltsame Todesarten in Irrenanstalten. Medico. 1911. 1 u. 8. III.
4. Benham, Harry A., Some remarks on suicide in Public Asylums. The Journ. of Ment. Sc. 1903. XLIX. p. 447.
5. Chomse, Irene, Zur Pflege Suizid-Verdächtiger. Zeitschr. f. Krankenpf. 1909. Dez. S. 344 u. 359.
6. Christian, J., Responsabilité des directeurs et médecins des établissements d'aliénés en cas suicide de l'un de leurs pensionnaires. Ann. méd. psych. Vol. 58. p. 435.
7. Damaye, H., Idée de suicide latente ou spontanée chez une confuse. Rev. de Psych. 1907. p. 5. T. XI. No. 6. p. 245.
8. Ebermayer, Zivil- und strafrechtliche Haftung des Arztes für Kunstfehler. Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Leipzig 1908. H. 4. G. Thieme.

9. Edel, Das Suizidium in Irrenanstalten und § 222 des St.G.B. Zeitschr. f. Psych. 1891. Bd. 47. S. 422.
10. Fröhlich, Zur Prophylaxe des Selbstmordes. Der Amtsarzt. 1914. Nr. 5. S. 140.
11. Garnier, Paul, Sémiologie et traitement des idées de suicide. Gaz. des hôp. 1900. No. 118.
12. Garnier, S., L'article 1384. De Code civil et la responsabilité des directeurs méd. d'asyles d'aliénés. Ann. méd. psych. 1899. No. 3. Nov. et Dec.
13. Gross, A., Allgemeine Therapie der Psychosen. Handb. d. Psych. Allgemeiner Teil. Abt. 4. S. 104.
14. Gruhle, H. W., Die sozialen Aufgaben des Psychiaters. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 13. S. 287.
15. Grunau, Ueber Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preussischen Irrenanstalten von 1895—1900. Halle. Marhold. 1905.
16. Hasse, Ueber Selbstmord in Irrenanstalten. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41. S. 297.
17. Hoche, Ueber die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung von Geisteskranken in die Irrenanstalt. Halle. Marhold. Alt'sche Sammlung.
18. Mackowitsch, G., Die psychische Analyse des Selbstmordes und Selbstmordversuches bei verschiedenen Psychosen. J. D. Jena 1913.
19. Navrat, Der Selbstmord, eine sozial-ärztliche Studie. Wien. klin. Rundschau. 1907. Nr. 3—17. S. 39, 55, 267.
20. Placzek, Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. Leipzig 1919. Verlag von G. Thieme.
21. Prossoroff, L., Suicidia der Geisteskranken in Krankenhäusern. Psych. d. Gegenwart. 1911. S. 377.
22. Rabel, Ernst, Die Haftpflicht des Arztes. Leipzig 1904. Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihres wissenschaftlichen Interesses. Veröffentlichung Nr. 10.
23. Reichel, H., Selbstmordversuch einer Anstaltspatientin; Haftpflicht des Anstaltsinhabers. Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1917. Bd. 23. S. 30.
24. Rümelin, Max, Das Verschulden in Straf- und Zivilrecht. Tübingen 1909. Mohr (P. Siebeck). — Haftung im klinischen Betrieb. Tübingen 1913. Mohr (P. Siebeck).
25. Unger, Max, Der Selbstmord in der Beurteilung des geltenden Deutschen Bürgerlichen Rechts. Berlin 1913. Verlag Carl Hegemann.
26. Viellon, Suicide et folie. Annales médico-psychol. 1913. Vol. 17. p. 28, 55, 239. (Anf. in Bd. 16).
27. Wickel, Karl, Die Art des Selbstmordes von Geisteskranken in Irrenanstalten. Die Irrenpflege. 1913. Nr. 6. S. 135.
28. Zitelmann, Ernst, Die Haftung des Arztes aus ärztlicher Behandlung (aus der D. M. W.). Leipzig 1908. G. Thieme.





  
**Druck von L. Schumacher in Berlin N.4.**  




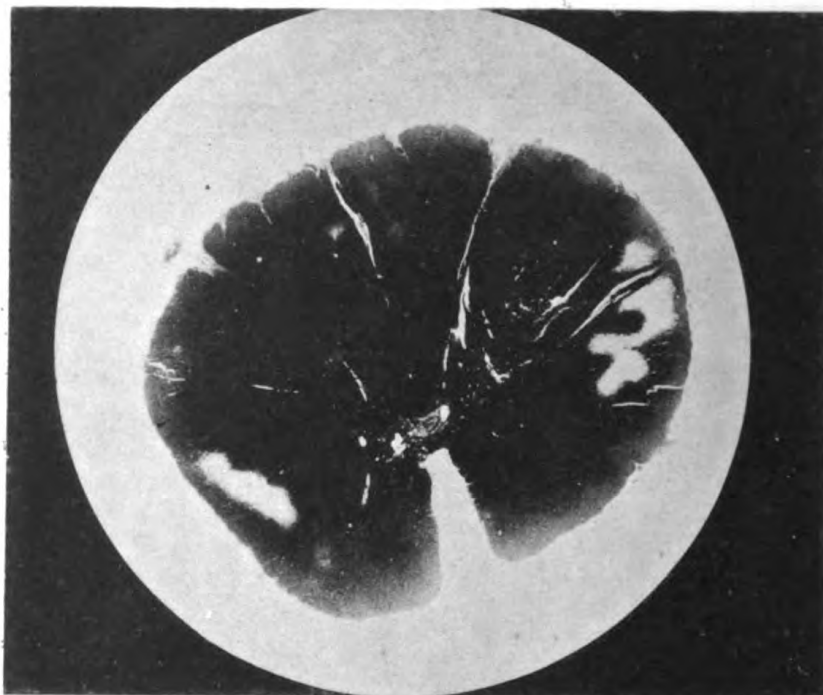


Fig. 1.

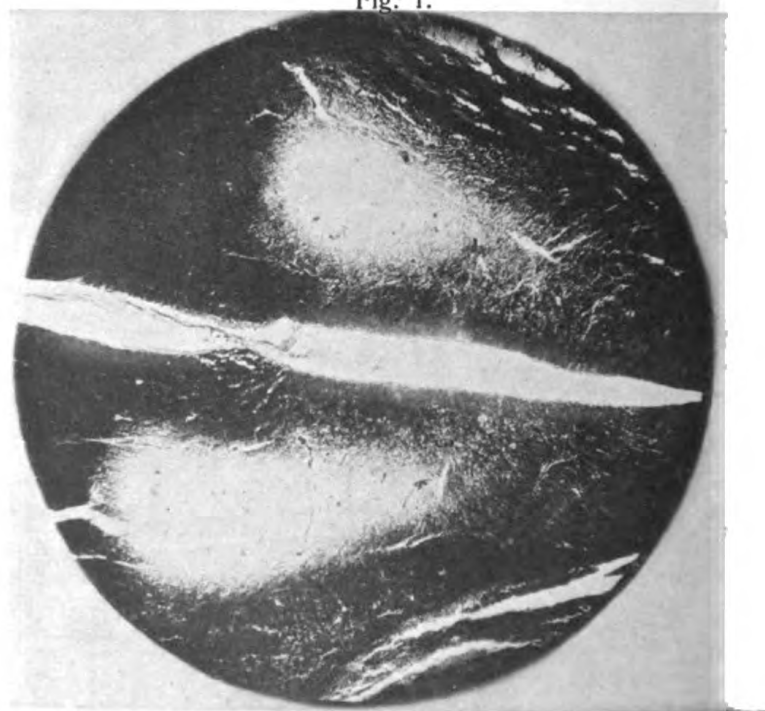


Fig. 2.

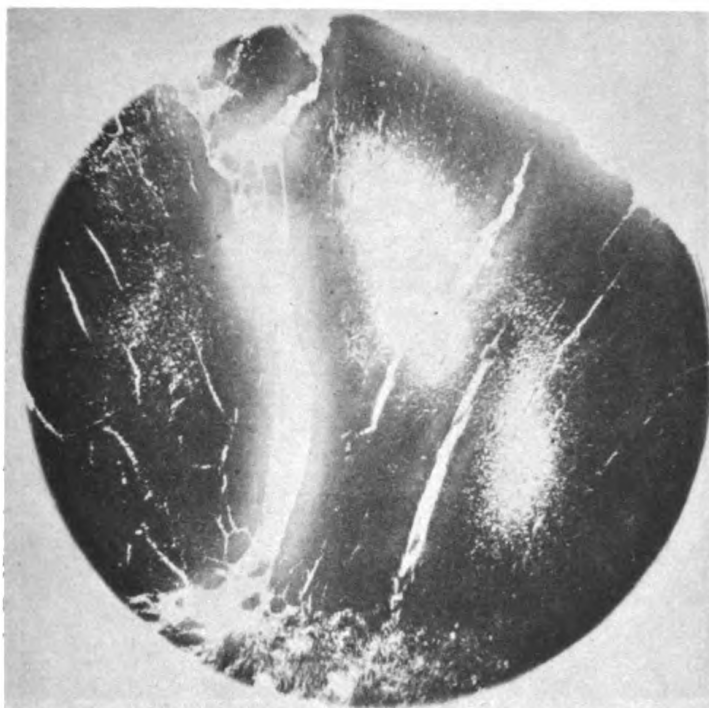


Fig. 3.

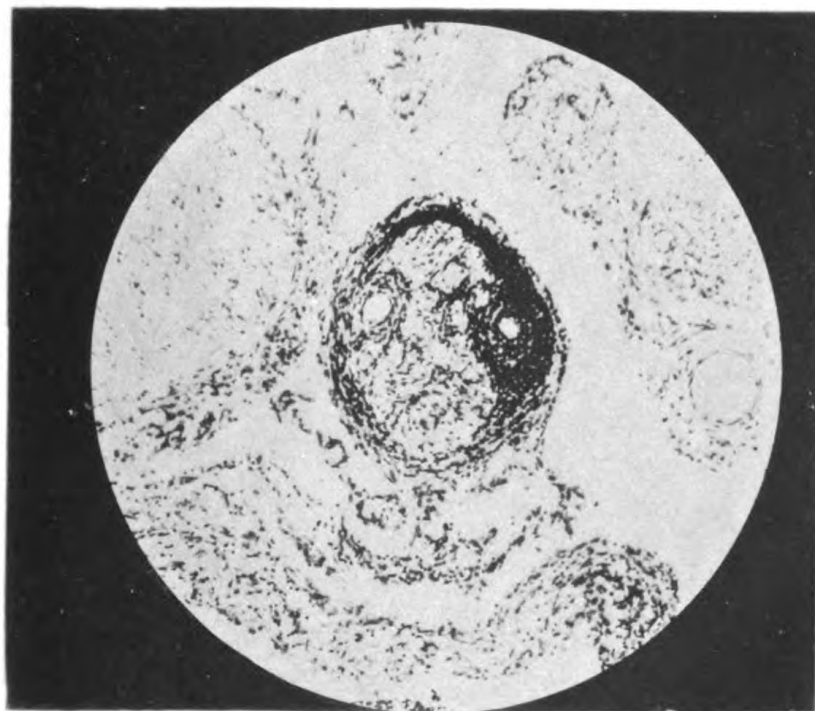


Fig. 4.











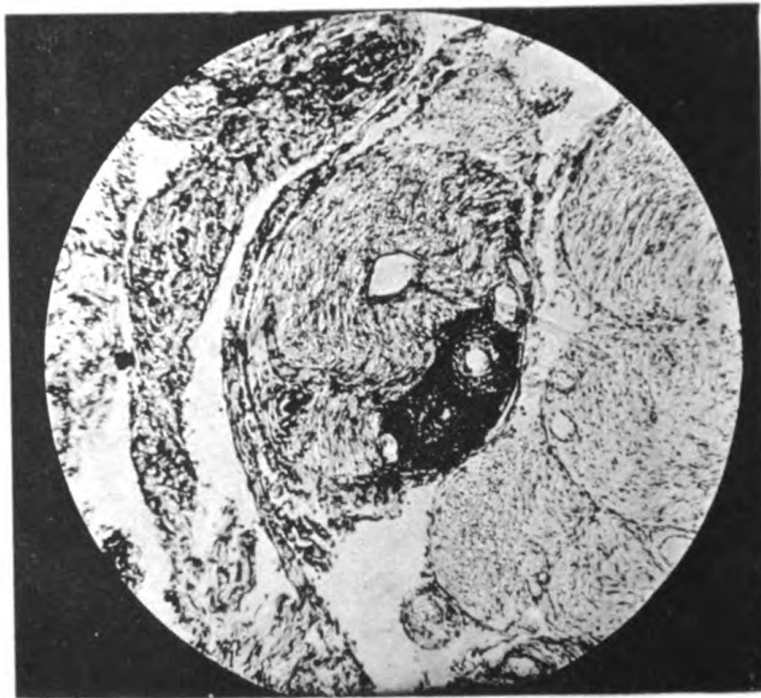


Fig. 5.

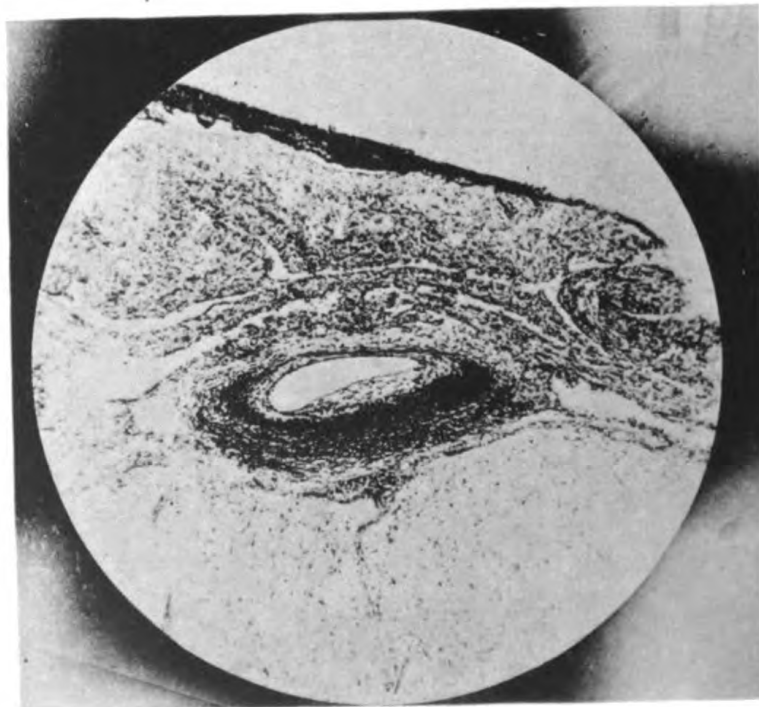


Fig. 6.

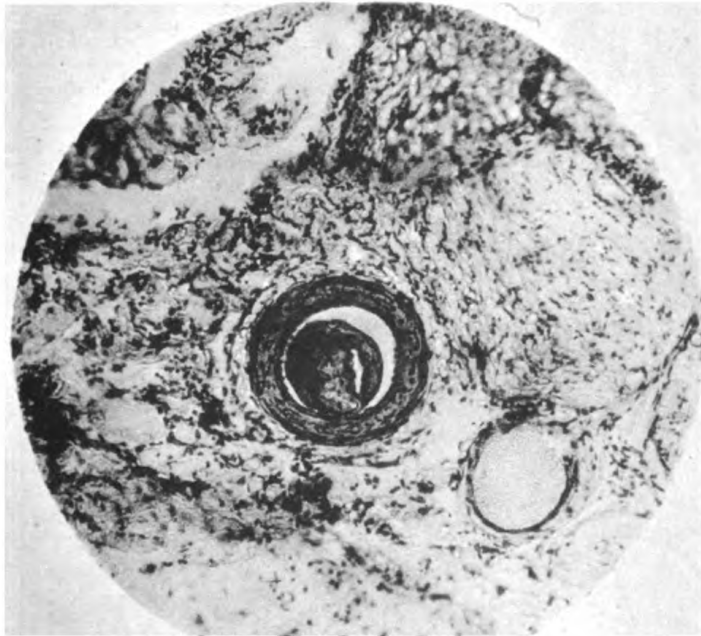


Fig. 7.





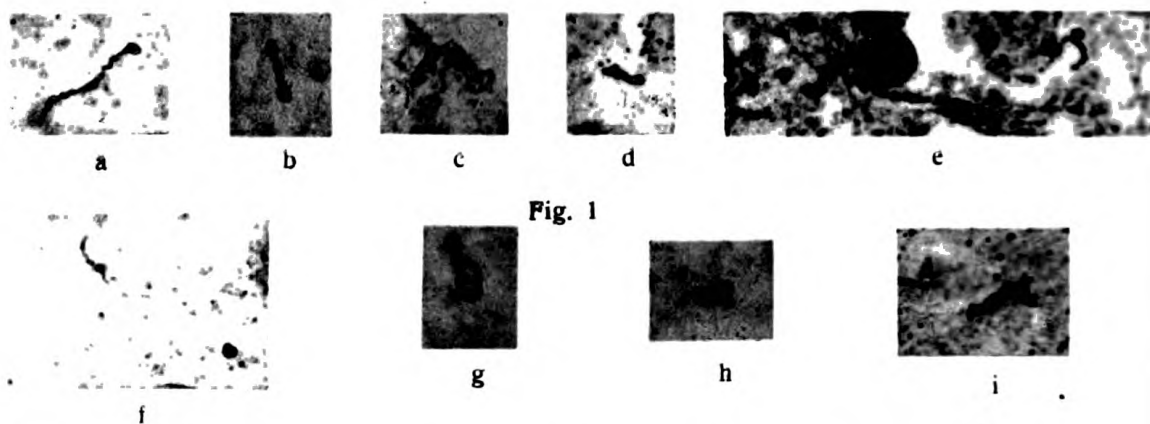


Fig. 1

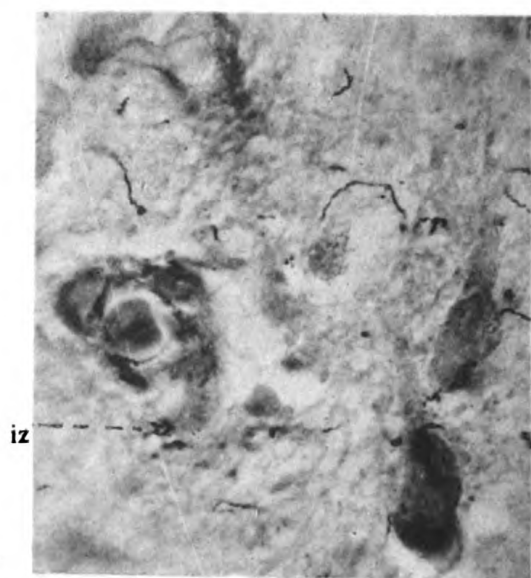


Fig. 2

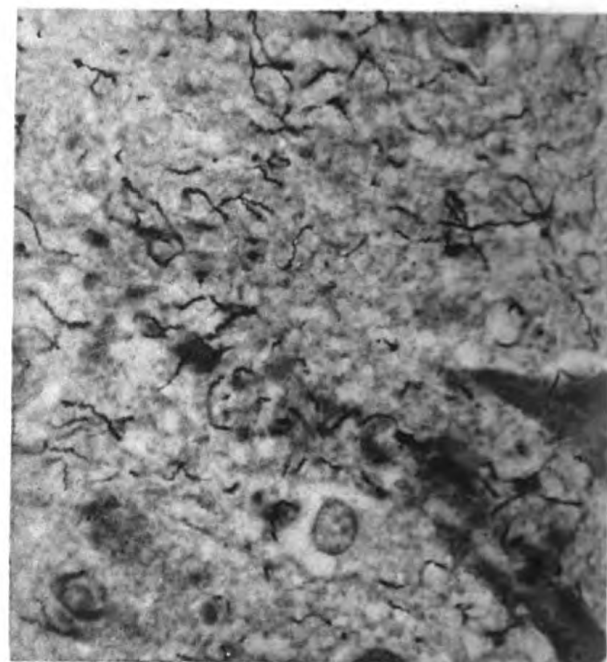


Fig. 3



Fig. 4

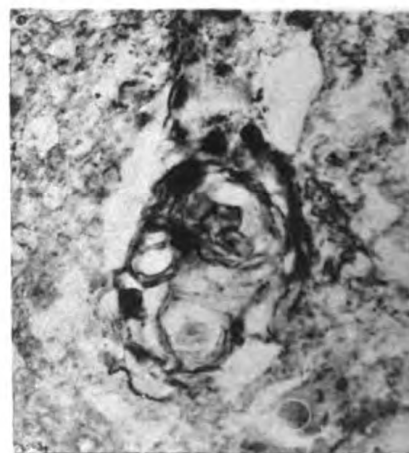


Fig. 5

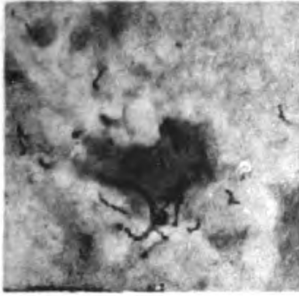


Fig. 6



Fig. 8



Fig. 9

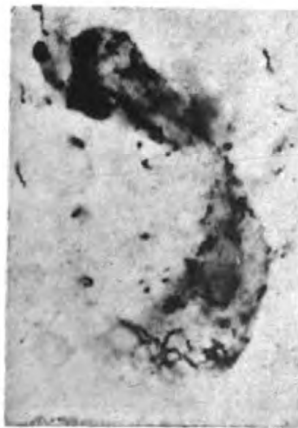


Fig. 10

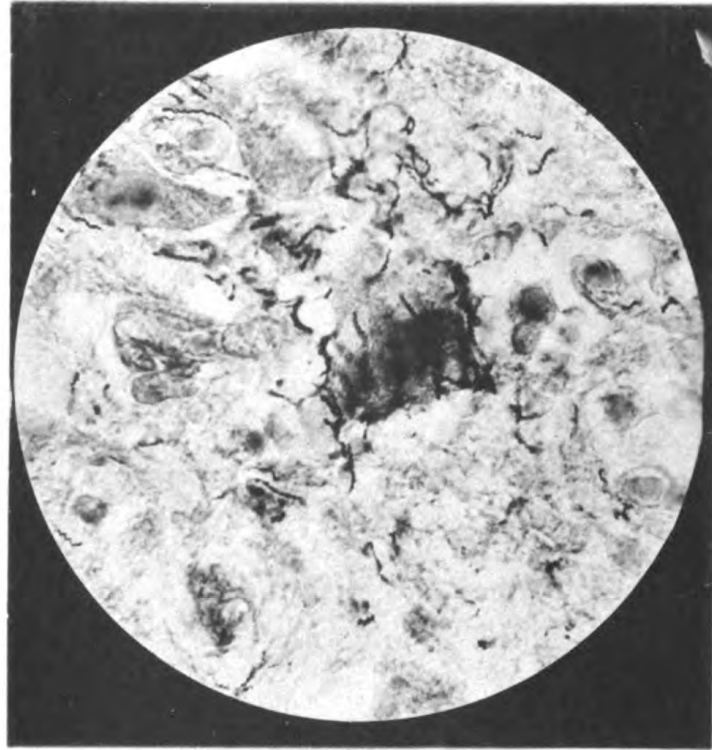


Fig. 7

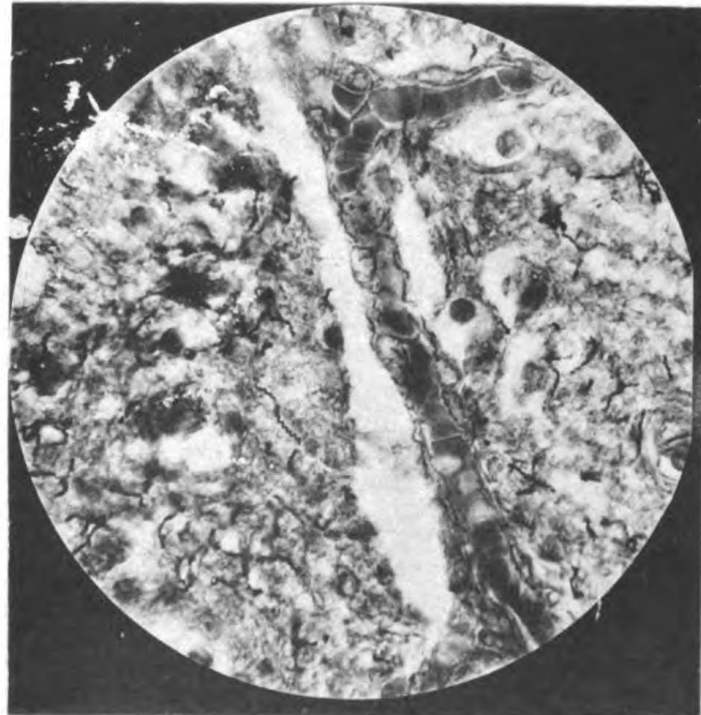


Fig. 11









Fig. 1.

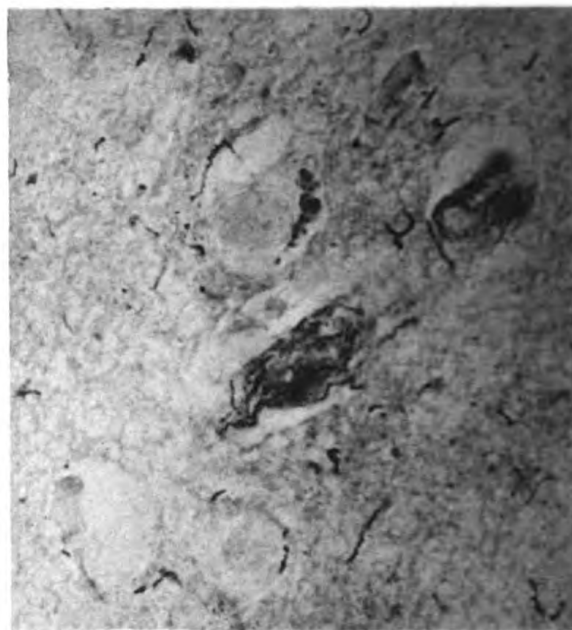


Fig. 2.

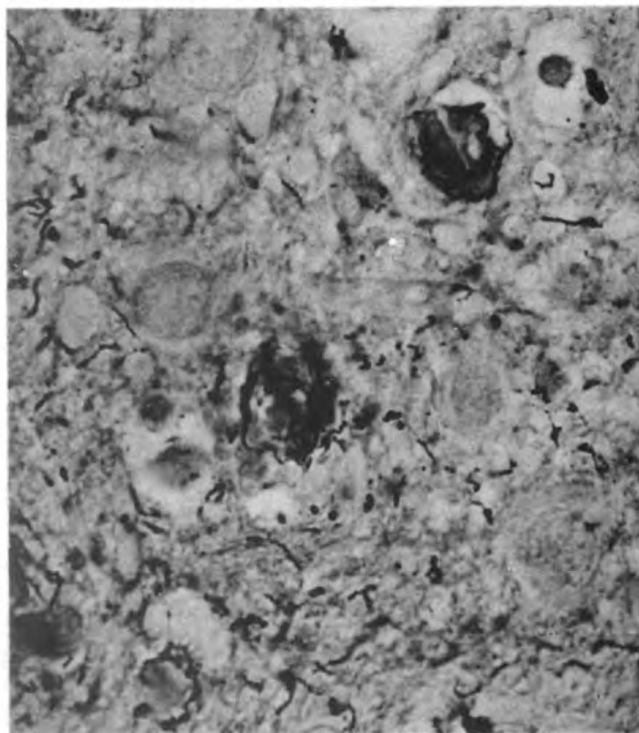


Fig. 3.



Fig. 4.

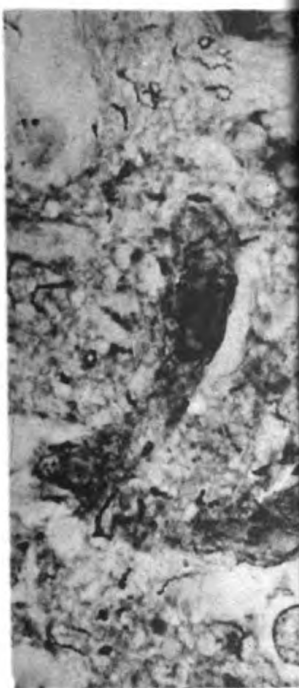


Fig. 5.

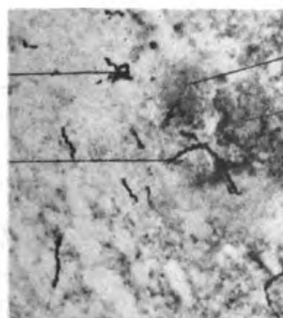


Fig. 7.

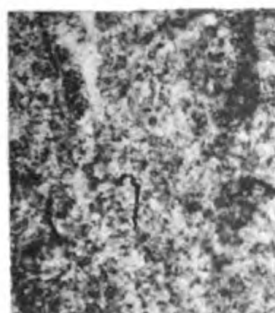


Fig. 8





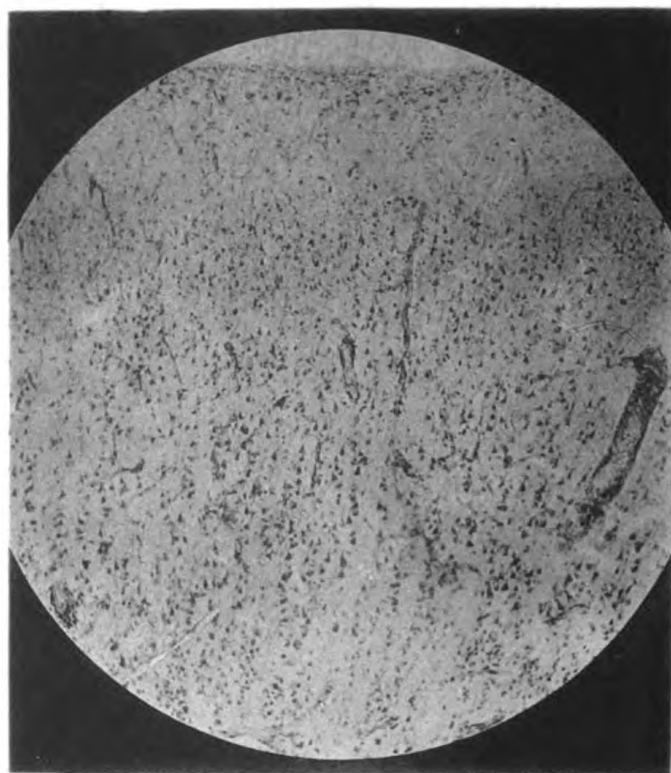
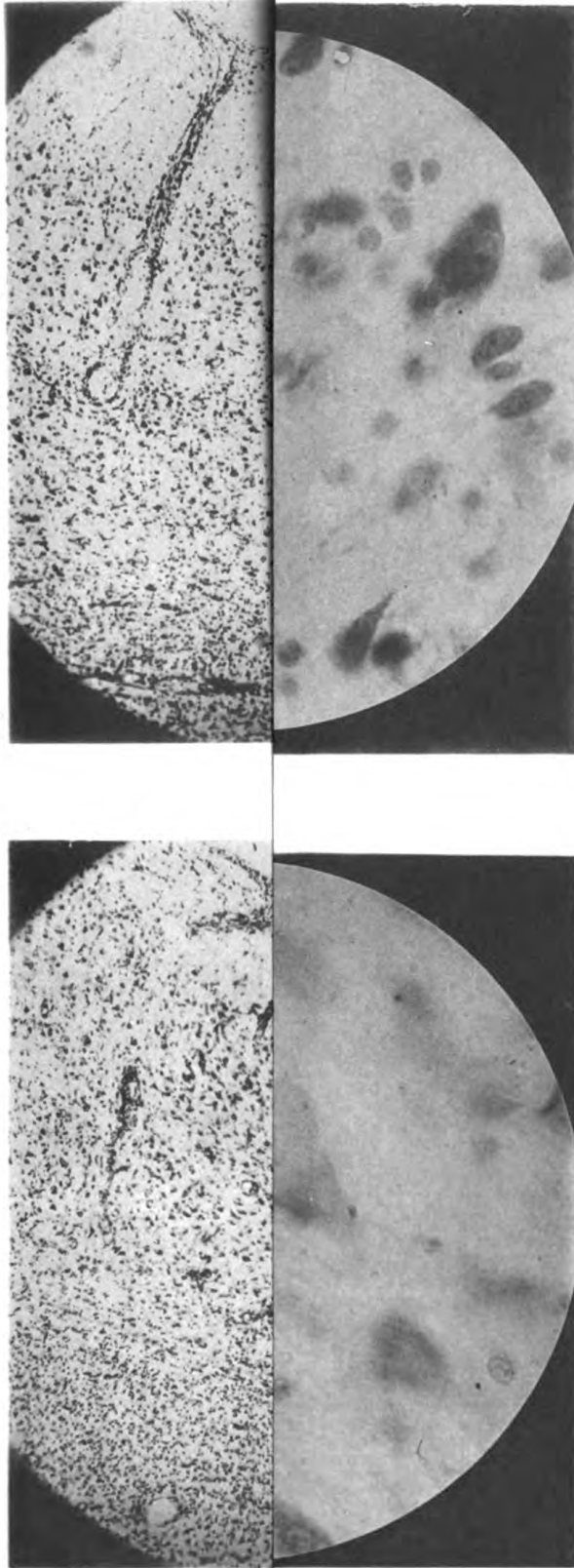


Fig. 1.



Fig. 2.

*Taf. V.*









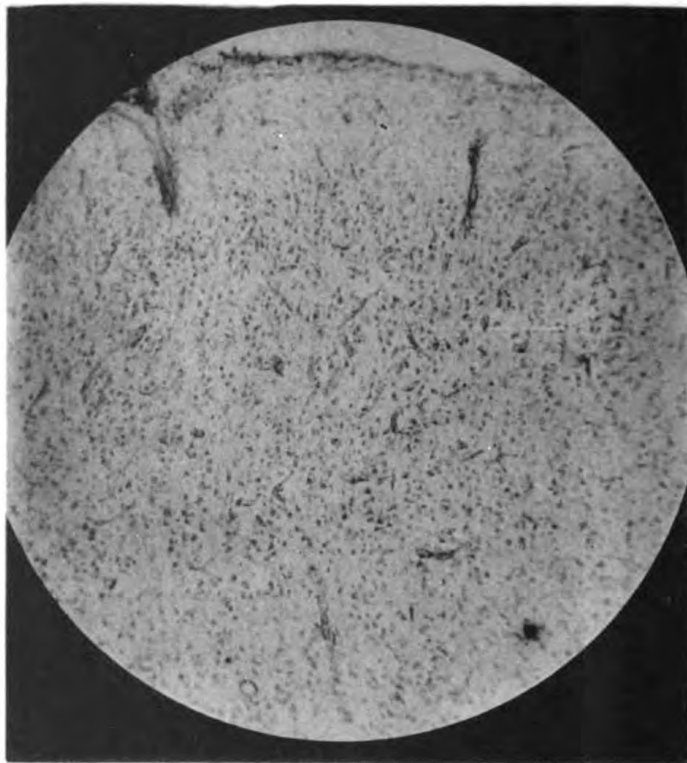


Fig. 1.

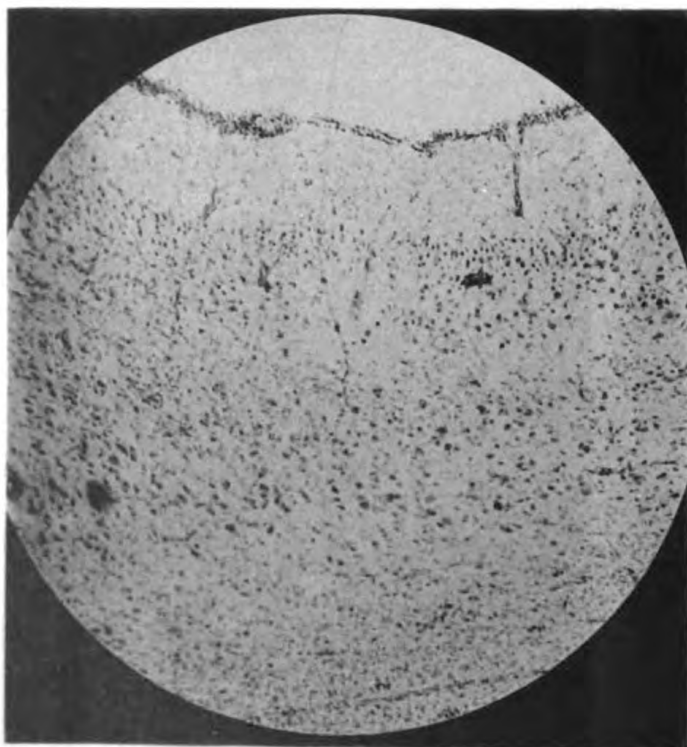
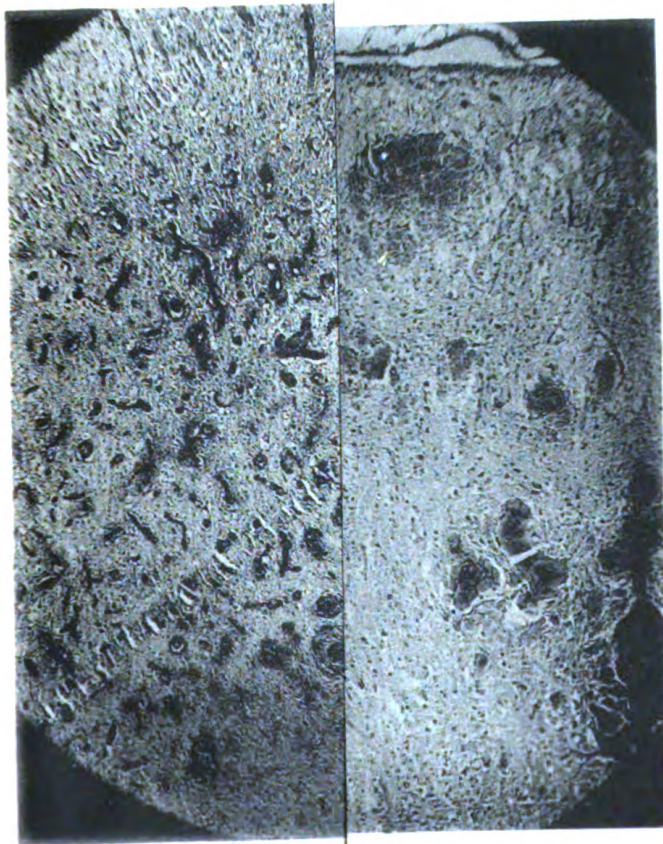
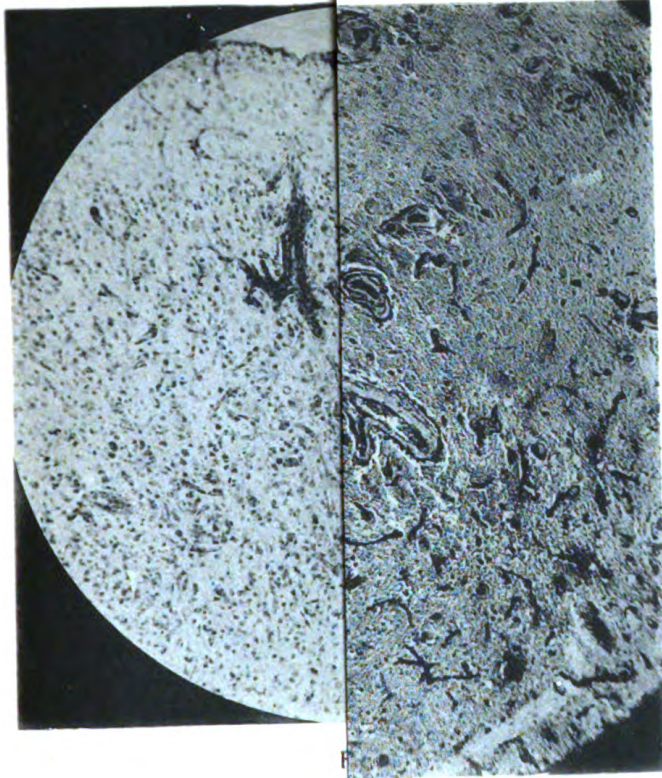


Fig. 2.



6.





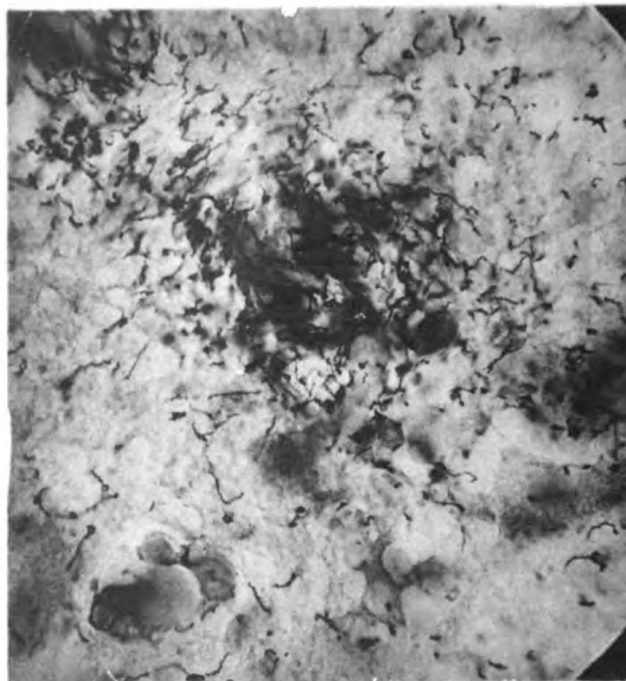


Fig. 1.

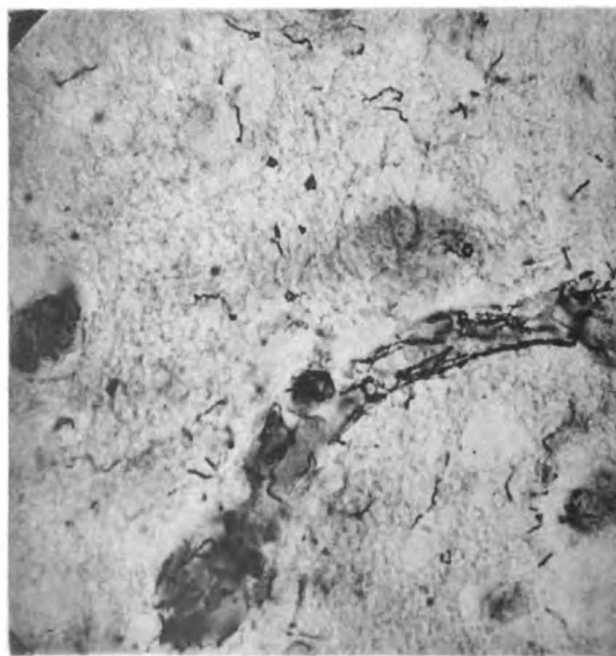
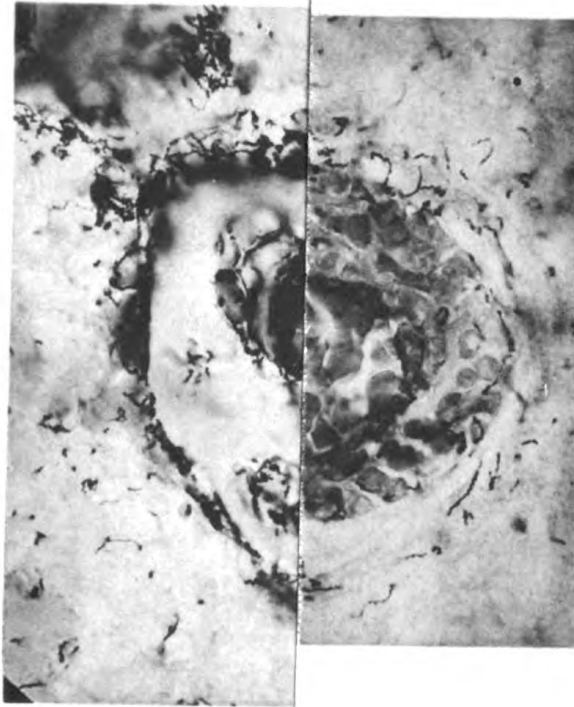
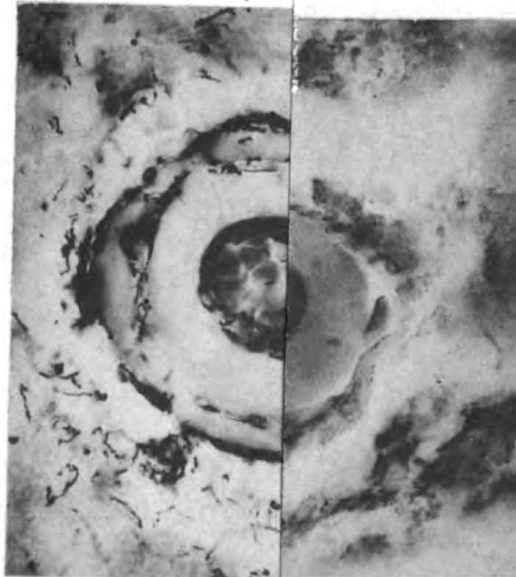


Fig. 2.

*Taf. VII.*



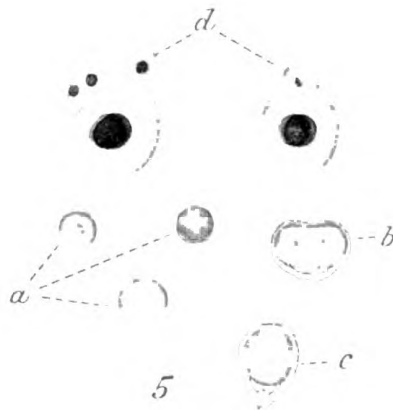
F



F







10



a



11



12



13

Kleinfeldt's cells





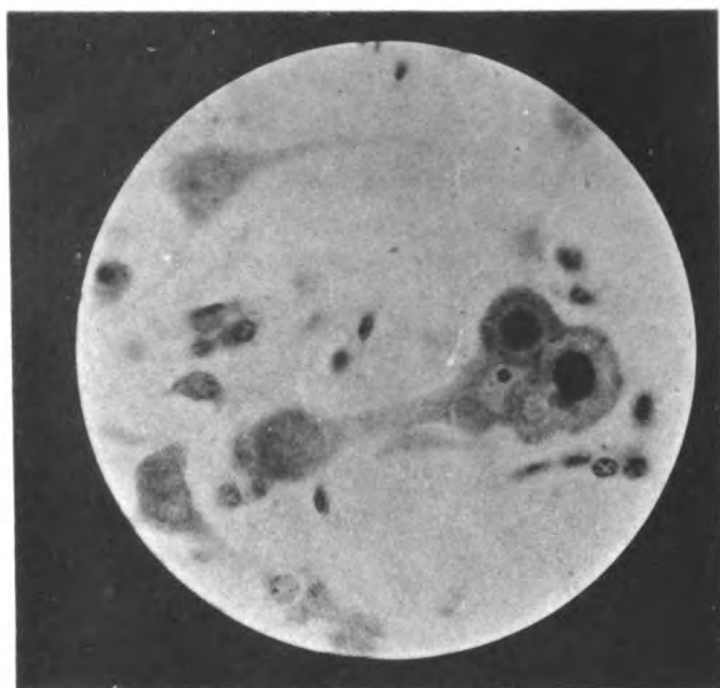


Fig. 14.

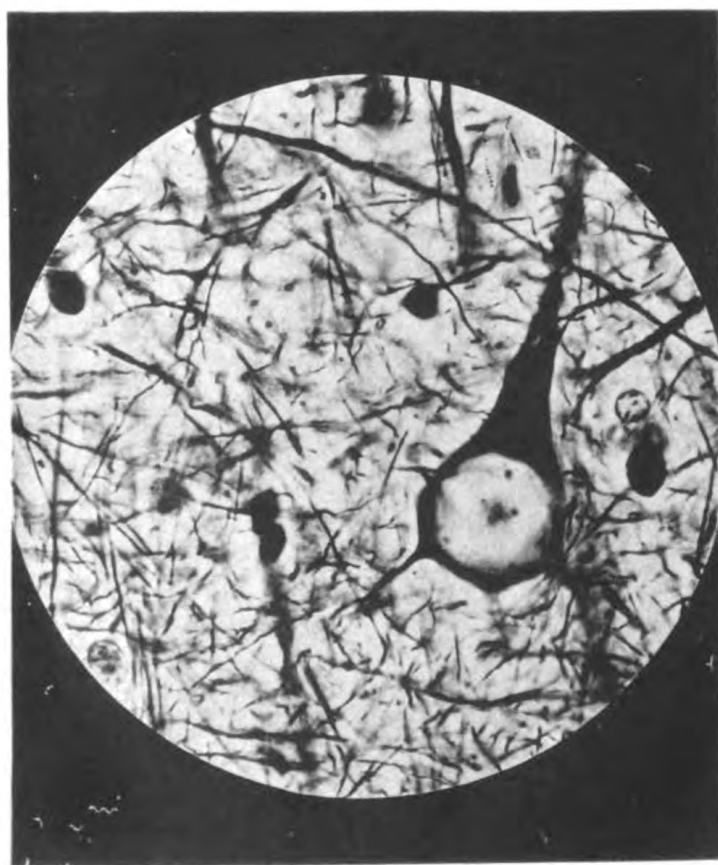


Fig. 15.





Fig. 16.



Fig. 17.

## Inhalt des I. Heftes.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Seite |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| I. Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt a. M. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sioli).<br><b>Walther Riese</b> , Dr.: Rückenmarksveränderungen eines Paralytikers. (Hierzu Tafeln I und II.) . . . . .                                                                                                                                                                                                                                   | 1     |
| II. Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Meyer) u. dem Kgl. Festungshilfslazarett I (Chefarzt: Oberstabsarzt Dr. Eckermann).<br><b>Frieda Reichmann</b> , Dr. med. und <b>Eduard Reichau</b> , Taubstummenlehrer: Zur Uebungsbehandlung der Aphasien . . . . .                                                                                                             | 8     |
| III. Aus dem pathologischen Inst. der Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beneke).<br><b>Neste</b> , Dr., Die Beziehungen des Status thymico-lymphaticus zum Selbstmord von Soldaten . . . . .                                                                                                                                                                                                          | 43    |
| IV. <b>Harry Marcuse</b> , Dr. (Herzberge), Stabsarzt d. R., zurzeit im Felde: Aufsätze zur energetischen Psychologie. (Schluss.) . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 72    |
| V. <b>Harald Siebert</b> , Dr., Nervenarzt und leitendem Arzt der psychiatrischen Abteilung am Stadtkrankenhaus in Libau: Hysterische Dämmerzustände . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 153   |
| VI. <b>Ernst Herzig</b> , Dr. (Wien-Steinhof): Ueber Krankheitseinsicht . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 180   |
| VII. <b>S. Galant</b> , Dr. (Bern-Belp): Suggestion und psychische Infektion . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 208   |
| VIII. <b>Friederich Kanngiesser</b> : Zur Pathographie des Immanuel Kant . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 219   |
| IX. <b>W. Heinicke</b> , Medizinalrat Dr., Sächsische Heil- und Pflegeanstalt Waldheim, früher leitender Arzt der Nervenstation des Res.-Lazarett I Bautzen: Zur Kasuistik kriegshysterischer Störungen . . . . .                                                                                                                                                                                                                                          | 223   |
| X. <b>Albert Knapp</b> , Dr., fr. Direktor und Privatdozent, z. Z. Kommandanturarzt: Sprachstörungen bei Epilepsie . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 226   |
| XI. Aus der psychiatrischen Nervenlinik Rostock-Gehlsheim (Direktor: Prof. Dr. Kleist).<br><b>Gottfried Ewald</b> , Dr. med., Assistent der psychiatrischen und Nervenlinik Rostock-Gehlsheim: Untersuchungen über fermentative Vorgänge im Verlaufe der endogenen Verblödungsprozesse vermittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens, und über die differentialdiagnostische und forensische Verwertbarkeit der Methode in der Psychiatrie . . . . . | 248   |
| XII. <b>J. Raecke</b> , Prof. Dr. (Frankfurt a. M.): Zur Abwehr . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 282   |
| XIII. 21. Versammlung (Kriegstagung) mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Leipzig am 27. Oktober 1918. (Offizieller Bericht.) . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 287   |
| XIV. 43. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte am 25. und 26. Mai 1918 in Baden-Baden . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 307   |
| XV. <b>Ludwig Edinger</b> † . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 351   |
| XVI. <b>Korbinian Brodman</b> † . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 354   |
| XVII. Referate . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 357   |

**Einsendungen werden an die Adresse des Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling in Kiel (Niemannsweg 147) direkt oder an die Verlagsbuchhandlung erbeten.**

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.



60. Band.

2./3. Heft.



---

ARCHIV  
FÜR  
**PSYCHIATRIE**  
UND  
**NERVENKRANKHEITEN.**

---

BERLIN 1919.  
VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.  
NW. UNTER DEN LINDEN 68.

## Verlag von August Hirschwald in Berlin NW. 7.

(Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.)

Soeben erschienen:

### **Grundriss der psychiatrischen Diagnostik**

nebst einem Anhang enthaltend die für den Psychiater wichtigsten Gesetzesbestimmungen und eine Uebersicht der gebräuchlichsten Schlafmittel

von Prof. Dr. J. Raeeke.

Siebente, umgearbeitete und verbesserte Aufl. 1919. 8. Mit 14 Textfiguren. Gebd. 7 M.

### **Tafeln der spinalen Sensibilitätsbezirke der Haut**

von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Goldscheider.

gr. 8. 8 S. und 20 Doppelschemata. 1918. 1 M. 60 Pf.

### **Klinik der Nervenkrankheiten.**

Ein Lehrbuch für Aerzte und Studierende.

Mit Vorwort von Prof. Dr. G. Klemperer von Dr. Leo Jacobsohn.

1913. gr. 8. Mit 367 Textfiguren und 4 Tafeln in Farbendruck. 19 M. Gebd. 21 M.

### **Lehrbuch der Blutkrankheiten**

für Aerzte und Studierende.

Von Dr. Hans Hirschfeld.

1918. gr. 8. Mit 7 chromolitographischen Tafeln und 37 Textfiguren. Gebd. 32 M.

### **Handbuch**

#### **der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre.**

Auf Grundlage des Deutschen Arzneibuches 5. Ausgabe und der neuesten ausländischen Pharmakopöen bearbeitet von Prof. Dr. C. A. Ewald und Prof. Dr. A. Heffter.

Mit einem Beitrag von Prof. Dr. E. Friedberger.

Vierzehnte, gänzlich umgearbeitete Auflage. 1911. gr. 8. Gebd. 18 M.

## **HANDBUCH DER GERICHTLICHEN MEDIZIN.**

HERAUSGEGEBEN VON DR. A. SCHMIDTMANN,

PROF., WIRKL. GEH. OBER-MEDIZINAL- UND VORTRAGENDER RAT etc.

UNTER MITWIRKUNG VON

DR. HABERDA,  
PROF. IN WIEN,

DR. KÖCKEL,  
PROF. IN LEIPZIG,

DR. WACHHOLZ,  
PROF. IN KRAKAU,

DR. PUPPE,  
PROF. IN KÖNIGSBERG.

DR. ZIEMKE,  
PROF. IN KIEL,

DR. UNGAR,  
GEH. MED.-RAT, PROF. IN BONN,

DR. SIEMERLING,  
GEH. MED.-RAT, PROF. IN KIEL.

#### **NEUNTE AUFLAGE DES CASPER-LIMAN'SCHEN HANDBUCHES.**

I. Bd.: Allgemeiner Teil (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schmidtman). Spezieller Teil: Streitige geschlechtliche Verhältnisse (Prof. Dr. A. Haberdä). Die nicht tödlichen Verletzungen. Die gewaltsamen Todesarten (Prof. Dr. Köckel). Tod durch Vergiftung (Prof. Dr. Wachholz). gr. 8. 1905. Mit 40 Textfiguren. 24 M.

II. Bd.: Tod durch Trauma (Prof. Dr. Puppe). Tod durch gewaltsame Erstickung (Prof. Dr. Ziemke). Kindesmord (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ungar). Mit Gesamt-Register des Werkes. gr. 8. 1907. Mit 63 Textfiguren. 15 M.

III. Bd.: Streitige geistige Krankheit bearbeitet von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling. gr. 8. 1906. 16 M.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

## **Röntgen-Therapie**

(Oberflächen- und Tiefenbestrahlung)

von Dr. H. E. Schmidt.

Vierte, neubearbeitete u. erweiterte Aufl.

1915. 8. Mit 83 Textfiguren. Gebd. 6 M.

## **Handbuch**

**der gerichtlichen Psychiatrie**

unter Mitwirkung von Prof. Dr. Aschaffenburg, Prof. Dr. E. Schultze, Prof.

Dr. Wollenberg,

herausgegeben von Prof. Dr. A. Hoche.

Zweite Auflage. 1909. gr. 8. 20 M.

## **Weltanschauungen und Welterkenntnis**

von Berthold Kern.

1911. gr. 8. 10 M.

## **Das Problem des Lebens**

in kritischer Bearbeitung

von Prof. Dr. Berthold Kern, Generalarzt.

1909. 8. 14 M.

## **Das Erkenntnisproblem**

und seine kritische Lösung

von Prof. Dr. Berthold Kern, Generalarzt.

1910. gr. 8. 5 M.

## **Die psychische Kranken- behandlung**

in ihren wissenschaftlichen Grundlagen

von Prof. Dr. Berthold Kern, Generalarzt.

Vortrag. 1910. gr. 8. 1 M. 20 Pf.

## **Ueber die Funktionen von Hirn und Rückenmark.**

Gesammelte Mitteilungen. Neue Folge.

Von Geh. Rat Prof. Dr. Hermann Munk.

1909. gr. 8. Mit 4 Textfiguren. 6 M.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

## **Spinales Sensibilitätsschema**

für die Segmentdiagnose der Rückenmarks-  
krankheiten zum Einzeichnen der Befunde  
am Krankenbett

von Prof. Dr. W. Seiffer.

Vierte Auflage. Mit 20 Doppelschemata.

1917. 1 M. 60 Pf.

## **Lehrbuch**

**der Meeresheilkunde**

für Aerzte und gebildete Laien

von Prof. Dr. A. Hiller.

1913. gr. 8. Mit 1 Karte u. 11 Abbildungen  
im Text. 7 M.

## **Lehrbuch der Unfallheilkunde**

für Aerzte und Studierende

von Dr. Ad. Silberstein.

1911. gr. 8. 13 M.

## **Zeittafeln**

**zur Geschichte der Medizin**

von Prof. Dr. J. L. Pagel.

gr. 8. 1908. Gebd. 3 M.

## **Soziale Pathologie.**

Versuch einer Lehre von den sozialen  
Beziehungen der menschlichen Krankheiten  
als Grundlage der sozialen Medizin und  
der sozialen Hygiene

von Prof. Dr. med. Alfred Grotjahn.

Zweite, neubearb. Aufl. 1915. gr. 8. 15 M.

## **Pathologisch-anatomische**

## **Diagnostik**

nebst Anleitung zur Ausführung von  
Obduktionen sowie von pathologisch-  
histologischen Untersuchungen

von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Joh. Orth.

Achte, durchgesehene Aufl.

Mit 532 Textfig. gr. 8. 1917. 22 M.

## **Der Krieg und die traumatischen Neurosen**

von Prof. Dr. Hermann Oppenheim.

(Sonderabdr. a. d. Berl. klin. Wochenschr.)

gr. 8. 1915. 80 Pf.



## Inhalt des II. und III. Heftes.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Seite |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| XVIII. <b>A. Westphal</b> (Bonn): Ueber doppelseitige Athetose und verwandte Krankheitszustände („striäres Syndrom“). Ein Beitrag zur Lehre von den Linsenkernerkrankungen. (Mit 17 Textfiguren.) . . . . .                                                                                                                                                    | 361   |
| XIX. Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn. (Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Westphal.)<br><b>F. Sioli</b> , Dr.: Die <i>Spirochaete pallida</i> bei der progressiven Paralyse. (Hierzu Tafeln III—VII). . . . .                                                                                                                                        | 401   |
| XX. <b>E. Meyer</b> (Königsberg i. Pr.): Einwirkung äusserer Ereignisse auf psychogene Dämmerzustände . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                | 465   |
| XXI. Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meyer.)<br><b>Max Kastan</b> , Priv.-Doz. Dr., I. Assistent der Klinik: Beitrag zur Kenntnis der mit Erhöhung der Rigidität der Muskeln einhergehenden erworbenen Krankheiten des Nervensystems (Pseudosklerose). (Mit 7 Textfig.) . . . . . | 477   |
| XXII. <b>J. Raecke</b> , Prof. Dr. (Frankfurt a. M.): Ueber Aggravation und Simulation geistiger Störung. . . . .                                                                                                                                                                                                                                              | 521   |
| XXIII. <b>Mönkemöller</b> , Dr. (Langenhagen): Die Simulation psychischer Krankheitszustände in militärforensischer Beziehung . . . . .                                                                                                                                                                                                                        | 604   |
| XXIV. Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Charité in Berlin.<br><b>K. Bonhoeffer</b> : Einige Schlussfolgerungen aus der psychiatrischen Krankenbewegung während des Krieges . . . . .                                                                                                                                                                 | 721   |
| XXV. Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meyer.)<br><b>Franz Pfabel</b> , approb. Arzt: Zwei Fälle von Haarausfall nach Kopfschussverletzung . . . . .                                                                                                                                | 729   |
| XXVI. <b>Ernst Schultze</b> (Göttingen): Die Gewerbesteuerpflicht der Privatirrenanstalten. Ein Gutachten . . . . .                                                                                                                                                                                                                                            | 742   |
| XXVII. <b>A. Westphal</b> : Ueber eigenartige Einschlüsse in den Ganglienzellen ( <i>Corpora amylacea</i> ) bei einem Falle von Myoklonus-Epilepsie. Vorläufige Mitteilung. (Hierzu Tafeln VIII—X.) . . . . .                                                                                                                                                  | 769   |
| XXVIII. Aus der Klinik für psychisch und Nervenranke der Universität Bonn. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Westphal.)<br><b>A. H. Hübner</b> , Prof. Dr., Oberarzt der Klinik: Ueber die manisch-depressive Anlage und einige ihrer Ausläufer. I. Teil. . . . .                                                                                          | 783   |
| XXIX. Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meyer.)<br><b>Curt Fürst</b> , approb. Arzt: Ueber die Abnahme des Alkoholismus an der psychiatrischen und Nervenlinik zu Königsberg i. Pr. während des Krieges . . . . .                                                                   | 861   |
| XXX. Aus der psychiatrischen und Nervenlinik zu Kiel.<br><b>E. Siemerling</b> : Beitrag zur Verantwortlichkeit des Irrenarztes . . . . .                                                                                                                                                                                                                       | 877   |

Einsendungen werden an die Adresse des Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling in Kiel (Niemannsweg 147) direkt oder an die Verlagsbuchhandlung erbeten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.









